

#prison-info

**Sonder-
ausgabe
2024**

Das Magazin zum Straf- und Massnahmenvollzug



Ältere inhaftierte Personen

4 – 64

**Inhaftierte Personen altern
schneller und sterben früher**
6

**Lebensende
und Tod**
59

 **University
of Basel**

 **Schweizerischer
Nationalfonds**



**Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra**

Bundesamt für Justiz BJ



Marianne Heer, Beraterin im Kontext strafrechtlicher Massnahmen

Im Justizvollzug finden sich immer mehr ältere Menschen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Sanktionen zufolge des verstärkten und teilweise stark übertriebenen Sicherheitsdenkens immer länger dauern. Dieser besonderen Zusammensetzung der Insassenpopulation war man sich lange Zeit zu wenig bewusst. Erst in jüngerer Zeit zeigen sich die Vollzugsverantwortlichen vermehrt sensibilisiert für die entsprechenden Probleme.

Die Institutionen sind aber auch heute noch in weiten Teilen **nicht genügend auf die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen ausgerichtet**. Auch im Zusammenhang mit Vollzugslockerungen und der Entlassung aus therapeutischen Massnahmen oder einer Verwahrung sowie den entsprechenden gutachterlichen Prognosen findet das Alter erst in Ansätzen die erforderliche Beachtung, weshalb nicht selten die effektive Gefährlichkeit der betroffenen Personen zu wenig fachgemäss beurteilt wird.

Es besteht ein dringender **Handlungsbedarf**. Sowohl die Therapeutinnen und Therapeuten sowie das Vollzugspersonal als auch die obersten Verantwortlichen des Justizvollzugs und der Justiz müssen dieser besonders vulnerablen Gruppe von Insassen sowie von Patienten und Patientinnen grössere Beachtung schenken. Hier besteht noch ein grosser Bedarf an Forschung und Ausbildung. Die «Agequake»-Forschungsprojekte von Prof. Bernice Elger, Direktorin des Instituts für Bio- und Medizinethik der Universität Basel, leisten dafür einen wichtigen und guten Beitrag zur Verbesserung der Situation. Kompetent und fundiert ist das Forschungsteam auf die verschiedenen **Probleme** eingegangen, die mit einem längeren Freiheitsentzug und einer zunehmenden Alterung von Insassen verbunden sind. Besonders thematisiert hat es richtigerweise einen sachgemässen Umgang mit Einsamkeit, Krankheit und Sterben. Dem Staat kommt hier mit Blick auf die Tatsache, dass er den Freiheitsentzug veranlasst hat, eine besondere **Fürsorgepflicht** zu. Besonders zu begrüssen ist, dass diese Arbeiten praxisnah und unter Einbezug von betroffenen Institutionen vorgenommen worden sind. Dies stärkt deren Akzeptanz und begünstigt deren Umsetzung.

Online-Version:



Inhalt

Fokus: Ältere inhaftierte Personen

Ein Forschungsteam hat während zehn Jahren die psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse der älteren inhaftierten Personen in Schweizer Justizvollzugseinrichtungen vertieft untersucht. In dieser Sonderausgabe des #prison-info präsentiert es einer breiteren Öffentlichkeit die wichtigsten Erkenntnisse.

- 4 Die physische und psychische Gesundheit von älteren inhaftierten Personen
- 6 Inhaftierte Personen altern schneller und sterben früher
- 11 Unterbringung der älteren inhaftierten Personen
- 16 Inspiration aus Kanada: Die Jüngeren unterstützen die Älteren
- 20 Altern in der Abteilung 60plus
- 26 Auf spielerische Weise Sport treiben
- 29 Unterschiedliche Vollzugsformen für unterschiedliche Bedürfnisse
- 33 Vertrauen und Motivation im Kontext von Zwang und Kontrolle fördern
- 40 Es braucht mehr Einrichtungen mit intensiver Betreuung und einer niedrigeren Sicherheitsstufe
- 46 Viele Senioren leiden im Freiheitsentzug unter Isolation und Einsamkeit
- 50 Besonderheiten der Ernährung bei älteren inhaftierten Personen
- 59 Lebensende und Tod im Freiheitsentzug



Foto: Peter Schulthess



Foto: Peter Schulthess



Titelseite: Ein verwahrter Insasse, Jg. 1946, lauscht an der Tür seiner Zelle 344 der Geräuschkulisse des Grosskollektivs im Flügel III der JVA Lenzburg. 2015 befanden sich 19 Verwahrte in der JVA Lenzburg. Siehe auch S. 63.
Foto: Peter Schulthess, 2015

Die physische und psychische Gesundheit von älteren inhaftierten Personen

«Agequake 1» und «Agequake 2»: ein Rückblick auf 10 Jahre Forschung

Das Forschungsteam um Prof. Dr. Bernice Elger hat über die letzten zehn Jahre hinweg einen umfangreichen Datensatz und neue Erkenntnisse über die älteren inhaftierten Personen in Schweizer Justizvollzugseinrichtungen gewonnen. In zwei vom SNF-finanzierten Grossprojekten «Agequake 1» und «Agequake 2» sind die psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse dieser Bevölkerungsgruppe untersucht worden.

Helene Seaward, Bernice Elger und Tenzin Wangmo

Mit einer ebenfalls vom SNF im Rahmen eines «Agora»-Öffentlichkeitsprojektes finanzierten Sonderausgabe des Magazins #prison-info machen wir diese wichtigen, bereits in internationalen Wissenschaftszeitschriften publizierten Untersuchungsergebnisse und Analysen nun auch dem Vollzugspersonal und der Allgemeinbevölkerung zugänglich. Neben der #prison-info-Sonderausgabe finden im Rahmen unseres Öffentlichkeitsprojektes weitere Aktionen statt. Eine Fotowanderausstellung wird zum Zentrum für verschiedene Workshops und Podiumsdiskussionen. Zudem wird spezifisch für die älteren inhaftierten Personen ein Flyer mit den wichtigsten Informationen in Kurzform geschaffen. Mit diesen schriftlichen, visuellen und auditiven Medien vermitteln wir unser Expertenwissen an Schülerinnen und Schüler sowie Studierende, an das Vollzugspersonal und das medizinische Personal sowie an die allgemeine Öffentlichkeit.

Dieses Öffentlichkeitsprojekt bringt ein stilles, aber hochaktuelles Thema der breiten Öffentlichkeit nahe. Mit unserem breiten Wissensfundus und dem kritischen Austausch mit Experten sowie Laien wollen wir die Auseinandersetzung mit diesem vernachlässigten Thema fördern und Wissen über jene verbreiten, die in unserem Land leben, aber unsichtbar sind.

Die Ziele und die Methodik der Forschungsprojekte

Das übergeordnete Ziel der Forschungsprojekte «Agequake 1» und «Agequake 2» war es, den aktuellen Stand der physischen und psychischen Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppe abzubilden. Wir haben weiter den aktuellen Behandlungsstandard sowie mögliche Herausforderungen, Defizite und Lösungen untersucht und sind einer Reihe von Fragen mit einem gemischten Methodenansatz nachgegangen. Wir haben qualitative und quantitative Daten gesammelt und die Literatur zu diesem Thema systematisch überprüft.

Qualitative Datenerhebung

Qualitative Datenerhebung bedeutet, dass wir in Interviews offene Fragen zu bestimmten Themen gestellt haben, die für unser Projekt von Interesse waren. Die Teilnehmer konnten uns dazu in einem Gespräch ihre Gedanken und Einstellungen mitteilen. Um diese komplexen sozialen Themen zu untersuchen, wozu international und schweizweit nur wenige Forschungsergebnisse vorliegen, ist eine explorative qualitative Methodik ideal. Sie gibt Einblick in vielfältige Meinungen, Erlebnisse und Entscheidungsfindungsprozessen. Sie gibt zudem Nuancen der verschiedenen Erfahrungsebenen wieder, die

schwer in Zahlen zu fassen sind. Namentlich haben uns die Erfahrungen mit dem Altern im Freiheitsentzug, das Leben mit einer psychischen Störung und die Ansichten der inhaftierten Personen zur Gesundheitsversorgung interessiert. Dabei haben wir den Blickwinkel von beiden Seiten eingefangen: neben den Erfahrungen der inhaftierten älteren Personen auch jene des Gesundheitspersonals. Durch die Berücksichtigung beider Perspektiven konnten wir besonders wertvolle Erkenntnisse gewinnen. Dies ist vor allem wichtig, weil häufig die Stimme der Betroffenen zu wenig gewichtet wird.

Zusätzlich haben wir Experten aus dem Ausland zu ihren Erfahrungen mit älteren inhaftierten Personen befragt, denn auch in anderen Ländern lässt sich eine ähnliche Entwicklung feststellen. Bestimmte Schlüsselmerkmale dieser Altersgruppe sind vergleichbar, wie z.B. die hohe Krankheitslast, die starke Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten in den Justizvollzugseinrichtungen sowie der erhöhte Unterstützungsbedarf während des Justizvollzugs und nach der Freilassung. Die Befragung von Experten aus anderen Ländern ist wertvoll, denn sie kann ähnliche Ansichten über Herausforderungen, aber auch unterschiedliche Meinungen über Strategien zu deren Bewältigung aufzeigen, die für den Schweizer Justizvollzug wegweisend sein können.

Quantitative Datenerhebung

Mithilfe der quantitativen Datenerhebung, also mithilfe von objektivierbaren Zahlen, konnten wir ein Abbild der aktuellen durchschnittlichen Gesundheitsbelastung der älteren Personen im Schweizer Justizvollzug schaffen. Dazu haben wir Informationen aus den Patientendossiers von älteren und jüngeren inhaftierten Personen erfasst und analysiert. Weiterhin haben wir spezifische Aspekte der Behandlung unter die Lupe genommen: z.B. welche Art von psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung die älteren inhaftierten Personen erhalten oder wie häufig ihnen welche Medikamente verordnet werden. Schliesslich beleuchtet der Vergleich mit jüngeren inhaftierten Personen, die Unterschiede zwischen den beiden Altersgruppen.

In dieser Sonderausgabe präsentieren wir kompakt unsere wichtigsten Forschungsergebnisse. Wir gehen ausführlich auf die Gesundheit älterer inhaftierter Personen und die damit verbundenen



Anforderungen an Unterkunft und Versorgung ein. Wir beleuchten den hohen Bedarf an medizinischer, pflegerischer und sozialer Betreuung sowie das verringerte Sicherheitsrisiko. Wir zeigen auf, wie durch eine altersspezifische Ernährung das Risiko von Mangelernährung vermieden werden kann und welche Folgen Isolation und Einsamkeit im Freiheitsentzug haben. Darüber hinaus geben die Justizvollzugsanstalten Lenzburg, Pöschwies und Solothurn Einblicke in ihre Erfahrungen und ihr aktuelles Engagement für ältere inhaftierte Personen. Wir stellen ferner das Potenzial und mögliche Risiken von Peer-Intervention vor, bei der jüngere inhaftierte Personen den Älteren bei der Bewältigung des Alltags helfen. Schliesslich behandeln wir das Thema Lebensende und Tod, das zunehmend an Bedeutung gewinnt.

Mit dieser Sonderausgabe möchten wir uns bei allen Institutionen bedanken, die uns tatkräftig, engagiert und motiviert bei der Datenerhebung unterstützt haben. Diese Sonderausgabe soll nun den Transfer der Erkenntnisse der Forschung in die Praxis unterstützen. Denn nur in enger Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis können wir etwas bewegen.

Bernice Elger, Helene Seward und
Tenzin Wangmo
Foto: Peter Schulthess, 2024

Prof. Dr. Bernice Elger ist Ordinaria, Leiterin des Instituts für Bio- und Medizinethik, Universität Basel und der universitären Abteilung für Gesundheitsrecht und humanitäre Medizin, Zentrum für Rechtsmedizin, Universität Genf.

PD Dr. Tenzin Wangmo ist Wissenschaftlerin und Stellvertretende Institutsleitung am Institut für Bio- und Medizinische Ethik. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Ethik, Gesundheitswesen und Altern.

Dr. Helene Seaward ist Wissenschaftlerin am Institut für Bio- und Medizinische Ethik sowie Psychotherapeutin an der Universität Basel. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Ethik, Altern und Arzt-Patienten Beziehung.

Links

Weitere Informationen zu den beiden Forschungsprojekten sind auf der Website des Schweizerischen Nationalfonds unter <https://data.snf.ch/grants/grant/166043> und <https://data.snf.ch/grants/grant/208326> abrufbar.

Wanderausstellung

Infos zum Projekt und den Ausstellungen 2024:



Inhaftierte Personen altern schneller und sterben früher

Der Anteil an psychischen und physischen Erkrankungen steigt ab dem Alter 50 drastisch an

Die älteren Personen sind die heterogenste Gruppe von allen Altersgruppen in der Bevölkerung allgemein und in den Justizvollzugseinrichtungen. Nichtsdestotrotz können bestimmte Trends festgemacht werden: Ältere inhaftierte Personen haben höhere gesundheitliche Bedürfnisse im Vergleich mit jüngeren inhaftierten Personen sowie mit gleichaltrigen Personen in der Allgemeinbevölkerung. Hinter Gittern werden Menschen schon ab 50 Jahren als alt klassifiziert. Diese einheitliche Altersgrenze hilft uns bei der Planung der Ressourcenverteilung in der Gesundheitsversorgung. Sie sollte uns aber nicht davon abhalten, die einzelnen Personen in ihrer ganzen Individualität zu betrachten – manch ein 50-jähriger schlägt Salto, ein anderer Purzelbaum.

Helene Seward, Tenzin Wangmo und Bernice Elger

«Die Unterteilung in Altersgruppen erleichtert es, Forschungsergebnisse zu vergleichen und eine öffentliche Politik zu formulieren.»

Das Alter erfragen – wie unhöflich! Und überhaupt, am besten bitte jünger aussehen als man ist. Und 40 ist das neue 30, und ab 60 geht das Leben erst so richtig los. Aber was sagt so eine Zahl schon aus? Ob und ab wann eine Person alt ist, ist eine subjektive Empfindung, weil man nur so alt ist, wie man sich fühlt. Das gefühlte oder auch biologische Alter und das chronologische Alter sind unterschiedliche Kategorien. Das chronologische Alter gibt die Anzahl der gelebten Jahre an, während das biologische Alter auf den Gesundheitszustand des Körpers verweist.

Das subjektive Alter ist daher von Mensch zu Mensch verschieden, auch innerhalb der gleichen Altersgruppe. Während sich beispielsweise eine 50-jährige Person jung fühlt und problemlos Marathon läuft, mag eine andere gleichaltrige Person bereits Probleme beim einfachen Treppensteigen haben. Trotzdem können wir anhand des chronologischen Alters einen guten Hinweis auf den durchschnittlichen Gesundheitszustand einer Altersgruppe erhalten. Beispielsweise steigt das Risiko, an einer chronischen Krankheit zu leiden, mit zunehmendem Alter deutlich an; der durchschnittliche Gesund-

heitszustand dieser Personengruppe ist infolgedessen schlechter im Vergleich mit jüngeren Personen.

Zudem können wir anhand des chronologischen Alters einheitliche Altersabgrenzungen bestimmen, welche ein gemeinsames Verständnis darüber fördern, wer eine bestimmte Population bildet. Diese Unterteilung in Altersgruppen erleichtert es, Forschungsergebnisse zu vergleichen und eine öffentliche Politik zu formulieren, wie beispielsweise die Planung der Gesundheitsversorgung auf nationaler und institutioneller Ebene.

Unterschiedliche Altersgrenze

In der Allgemeinbevölkerung wird häufig das Alter 65 als Schwellenwert für die Abgrenzung zwischen Alt und Jung verwendet. In den Justizvollzugseinrichtungen werden Personen schon ab Alter 50 als alt bezeichnet. Wie kann es sein, dass man beim Überschreiten des Gefängnistors schlagartig 15 Jahre älter wird? Dies liegt daran, dass der durchschnittliche Gesundheitszustand der Gefängnispopulation sich deutlich von der Allgemeinbevölkerung unterscheidet. Eine Person altert im Moment der Inhaf-

tierung selbstverständlich nicht abrupt, aber die Wahrscheinlichkeit ist höher, dass diese Person zu einer Gruppe von Menschen gehört, die ungünstige Faktoren in Bezug auf Alterungsprozesse aufweisen. Zu diesen Umweltfaktoren, die Alterungsprozesse beeinflussen, gehören beispielsweise Ernährung, Schlaf, Bewegung, chronischer Stress, Substanzkonsum, Wohnsituation, Bildungsniveau und das soziale und familiäre Umfeld.

Zwei Gründe

In Bezug auf inhaftierte Personen wird dieser Unterschied vor allem auf zwei Gründe zurückgeführt: den Lebensstil der inhaftierten Personen vor der Inhaftierung und/oder die Einflüsse der Inhaftierung selbst. So hat sich gezeigt, dass Straftäter und Straftäterinnen eher aus benachteiligten Verhältnissen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status stammen. Ausserdem haben sie häufig eine Vorgeschichte mit übermässigem Drogen- und Alkoholkonsum, schlechten Ernährungs- und Essgewohnheiten, persönlicher Vernachlässigung, unzureichendem Zugang zu medizinischer Versorgung, belastenden Lebenserfahrungen und einer allgemeinen Neigung zu riskantem Verhalten. Weiterhin wird vermutet, dass sich die Inhaftierung selbst auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt, und zwar durch die Trennung von der Familie, das Risiko der Isolation und des Einsamkeitserlebens, die Angst vor Viktimisierung und einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung während der Inhaftierung.

Wieso wird jedoch gerade das Alter 50 gewählt für die Abgrenzung zwischen Alt und Jung? Vor allem, weil die Prävalenz, also der Anteil an Personen mit psychischen und physischen Erkrankungen, ab dem Alter 50 bei inhaftierten Personen drastisch ansteigt. Gemäss vergleichenden Untersuchungen weist der Gesundheitszustand von inhaftierten Personen und jener der Allgemeinbevölkerung einen Unterschied von 10 bis 15 Jahren auf. Man geht also davon aus, dass z.B. eine 70-jährige Person der Allgemeinbevölkerung ähnlich fit und gesund ist wie eine 55-jährige inhaftierte Person. Dieser schlechtere Gesundheitszustand wird zurückgeführt auf eine grössere Belastung durch Krankheit, Behinderung, Funktionseinschränkung und chronische Erkrankungen. Vereinfacht gesagt, inhaftierte Personen altern im Durchschnitt schneller und sterben früher.

Die Alterung der Gefängnispopulation, ihre zunehmende Zahl, ihre Heterogenität und ihre hohe



Krankheitslast führen zu zusätzlichen Kosten für die Gesundheitsversorgung. Während in der Schweiz keine detaillierten Analysen zu den Aufwendungen für die älteren Personen vorliegen, gibt es Schätzungen aus dem Ausland, wonach die steigenden Kosten in den Justizvollzugseinrichtungen vor allem auf die hohen Ausgaben für Gesundheit zurückzuführen sind. Basierend auf diesen Schätzungen verursachen ältere inhaftierte Personen etwa drei- bis fünfmal so hohe Kosten im Vergleich zu jüngeren inhaftierten Personen.

Älterwerden in einem jungen Umfeld

In Bezug auf das subjektive Alter ist der Vergleich mit der Normalität im Justizvollzug bedeutsam. Da die Mehrheit der inhaftierten Personen jung ist und die Gefängnisumgebung an diese Altersgruppe angepasst ist, fühlen sich ältere inhaftierte Personen häufig schon früh relativ alt. Justizvollzugseinrichtungen wurden für jüngere und körperlich aktive Personen geschaffen und sind daher nicht optimal auf ältere Personen angepasst. Zum einen, weil sich

Methadon-Abgabe im
Gefängnis Gmünden.
Foto: Peter Schulthess, 2016

«Der Gesundheitszustand von inhaftierten Personen und jener der Allgemeinbevölkerung weist einen Unterschied von 10 bis 15 Jahren auf.»

«Das Älterwerden in einem jungen Umfeld lässt altersbedingte Probleme deutlicher hervortreten.»

die Interessen der Altersgruppen unterscheiden. Beispielsweise fühlen sich ältere Personen häufig vom allgemein hohen Lärmpegel am späten Abend durch die jüngeren inhaftierten Personen gestört. Zum anderen können die Umgebungsfaktoren den Alltag erschweren, weil sich körperliche Veränderungen schon früher bemerkbar machen. Ältere inhaftierte Personen leiden eher an funktionellen Einschränkungen, welche daher durch das Gefängnisumfeld stärker hervortreten können. Beispielsweise können viele Treppenstufen dazu führen, dass eine ältere Person mit Problemen beim Laufen

sich seltener in Gemeinschaftsräume begibt oder draussen bewegt. Dies kann dazu führen, dass sich eine ältere Person beeinträchtigt wahrnimmt und sich subjektiv alt fühlt. Das Älterwerden in einem jungen Umfeld lässt altersbedingte Probleme deutlicher hervortreten.

Die Zunahme der älteren Gefängnispopulation

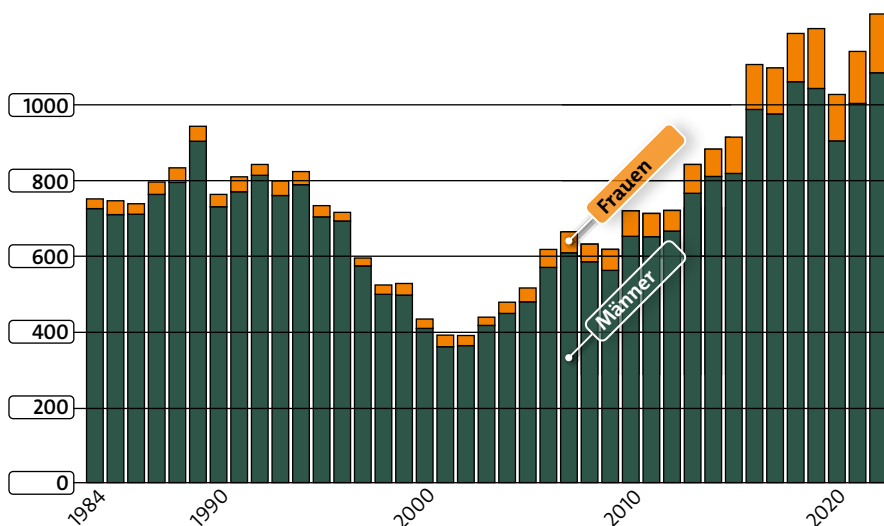
In den Industriestaaten sind ältere Personen die am schnellsten wachsende Altersgruppe in den Justizvollzugseinrichtungen. In der Schweiz stieg beispielsweise der Anteil der inhaftierten Personen im Alter von 49 Jahren und älter von 6,6 % im Jahr 1984 auf 18,05 % im Jahr 2021. In England und Wales machte die Altersgruppe 50+ im Jahr 2020 16 % der gesamten Gefängnispopulation aus. In den Vereinigten Staaten stieg der Anteil der männlichen Erwachsenen im Alter von 55 Jahren und älter von 3,42 % im Jahr 2000 auf 16 % im Jahr 2021. In Kanada machen inhaftierte Erwachsene, die 50 Jahre und älter sind, beeindruckende 25 % aller inhaftierten Personen aus. Weiter ist im Bereich des Präventionsstrafrechtes eine deutliche Zunahme an inhaftierten Personen erkennbar, wobei hier die älteren Personen den grössten Zuwachs verzeichnen. In der Schweiz ist beispielsweise ihr Anteil von 8 % im Jahr 1984 auf 27 % im Jahr 2021 angestiegen, d.h. fast jede dritte Person im Massnahmenvollzug gehört zur älteren Personengruppe und stellt daher keine Ausnahme, sondern eher die Regel dar.

Die Gründe für dieses exponentielle Wachstum sind auf ein Zusammenwirken verschiedener Trends zurückzuführen. Zum einen spiegelt sich die Alterung der Gesellschaft in der Gefängnispopulation wider. Beispielsweise tragen steigende Kriminalitätsraten bei älteren Menschen zum Anstieg der älteren Bevölkerung in Justizvollzugseinrichtungen bei. Hauptsächlich ist jedoch die Zunahme dieser Altersgruppe auf härtere Strafen und strengere Strafvollzugspraktiken zurückzuführen. Längere Haftstrafen und eine restriktive Bewährungspolitik tragen dazu bei, dass eine grössere Zahl von Personen im Gefängnis altern.

Drei Gruppen älterer inhaftierter Personen

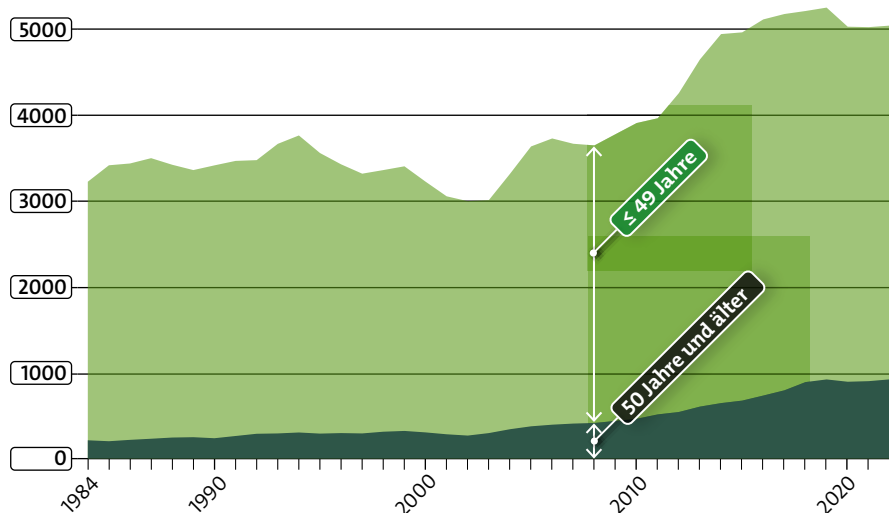
In Anbetracht ihrer steigenden Zahl werden drei grosse Gruppen älterer inhaftierter Personen unterschieden, die unterschiedliche Merkmale und Bedürfnisse aufweisen.

1. Personen, die in jungen Jahren straffällig wurden und aufgrund einer langen Haftstrafe im Gefängnis alt geworden sind. In der Regel haben sich diese Personen an die institutionellen Abläufe gewöhnt, werden aber häufig entweder im Gefängnis altern und sterben oder eine Herausforderung bei der Wiedereingliederung darstellen.



Grafik oben: Einweisungen der Altersgruppe «50+» (50-jährige und ältere Personen) in den Straf- und Massnahmenvollzug.
Quelle: BFS, T 19.04.02.34

Grafik unten: Mittlerer Insassenbestand in Straf- und Massnahmenvollzug der Altersgruppen bis und mit 49 und «50+» (beide zusammen = Gesamtbestand).
Quelle: BFS, T 19.04.01.34



2. Personen, die im Laufe ihres Lebens immer wieder im Gefängnis waren. Diesen Wiederholungstätern fehlt es oft an Bewältigungskompetenzen in der Gemeinschaft, und sie haben häufig Probleme mit dem Drogenkonsum und anderen Begleiterkrankungen.
3. Personen, die in ihrem späten Leben zum ersten Mal inhaftiert wurden. Diese Personen haben oft Schwierigkeiten, sich an das Gefängnisleben anzupassen.

Bei ihnen ist das Risiko am höchsten, dass sie von anderen inhaftierten Personen schikaniert werden. Sie pflegen jedoch eher weiterhin Beziehungen in der Allgemeinbevölkerung, auf die sie zurückgreifen können und die sie aufrechterhalten möchten. Diese Ersttäter berufen sich darauf, einen Beitrag zur Gesellschaft geleistet zu haben, und sehen sich häufig nicht als Kriminelle.



Eingeschränkte Mobilität: Beinprothese eines Insassen in der Telefonkabine, Strafanstalt Gmünden. Foto: Peter Schulthess, 2016



Ausblick aus der Abteilung AGE der JVA Pöschwies auf die Zäune, die Mauer und den Wald. Siehe auch Bilder auf S. 27 und 32. Foto: Peter Schulthess, 2016

Unterbringung der älteren inhaftierten Personen

Integration, Segregation oder eine separate Spezialabteilung innerhalb der Einrichtung

Justizvollzugseinrichtungen sollten ein Abbild der Gesellschaft sein. Durch die Schaffung einer separaten Spezialabteilung innerhalb der Einrichtung kann die Kontinuität von Beziehungen gewährleistet und der Austausch zwischen den Generationen gefördert werden. Gleichzeitig kann auf die spezifischen Gesundheits- und Wohnbedürfnisse älterer inhaftierter Personen eingegangen werden.

Helene Seward, Tenzin Wangmo und Bernice Elger

«Nein, bitte niemals in ein Pflegeheim», hört man häufig von seinen Eltern sowie in seinem Freundes- und Bekanntenkreis. Das Ansehen von Pflegeheimen ist nicht besonders hoch, weder bei den betroffenen älteren Menschen noch bei den Mitarbeitenden selbst. Wer die Wahl hat, geht nicht in ein Pflegeheim. Aber was tun, wenn man hohe gesundheitliche und pflegerische Bedürfnisse hat? Und wo sollen eigentlich all diese älteren inhaftierten Personen hin? In ein Pflegeheim?

Justizvollzugseinrichtungen sind für jüngere und körperlich aktive Personen ausgelegt und lassen sich nicht ohne weiteres an die Bedürfnisse älterer inhaftierter Personen anpassen. Ältere Menschen in Haft leiden eher an funktionellen Einschränkungen, die durch bestimmte Aspekte des Gefängnisumfelds verstärkt zum Vorschein treten können und die Zugänglichkeiten innerhalb der Einrichtungen erschweren. Zu den typischen körperlichen Einschränkungen zählen beispielsweise die eingeschränkte Mobilität sowie Hör- und Sehbehinderungen, die zusätzliche Beeinträchtigungen zur Folge haben. Mit der Zunahme an älteren inhaftierten Personen und deren hohen Gesundheitsbedürfnissen kommt daher die Frage auf, wie die Versorgung durch die Gesundheitsdienste und wie die Wohn- und Übergangsplanung an deren

Bedürfnisse angepasst werden soll. Namentlich ist zu klären, ob ältere Personen weiterhin im Normalvollzug integriert werden sollen oder ob separate Einrichtungen oder Spezialabteilungen von Vorteil wären.

Segregation vs. Integration

Die Debatte über die Unterbringung von älteren inhaftierten Personen in Justizvollzugseinrichtungen ist bisher hauptsächlich in den USA geführt worden, da es dort die weltweit grösste Gefängnispopulation gibt. In den USA gibt es bereits in mindestens 18 Bundesstaaten separate Einrichtungen für ältere inhaftierte Personen, die als Reaktion auf die steigende Zahl älterer inhaftierter Personen und ihren hohen Bedarf an medizinischer Versorgung errichtet wurden. Die Frage ist jedoch, inwieweit diese Lösungen auch im schweizerischen Kontext Sinn machen und übertragbar sind.

Ein Hauptgrund für die Implementierung von separaten, altersgetrennten Einrichtungen ist der Schutz älterer inhaftierter Personen vor dem Missbrauch durch jüngere, stärkere und in der Gefängnis-hierarchie höher positionierte Personen. In den USA sagten ältere inhaftierte Personen in einer Umfrage, dass andere Mitinsassen sie verbal bedrohten oder ihnen physische Gewalt androhten und beleidigten.

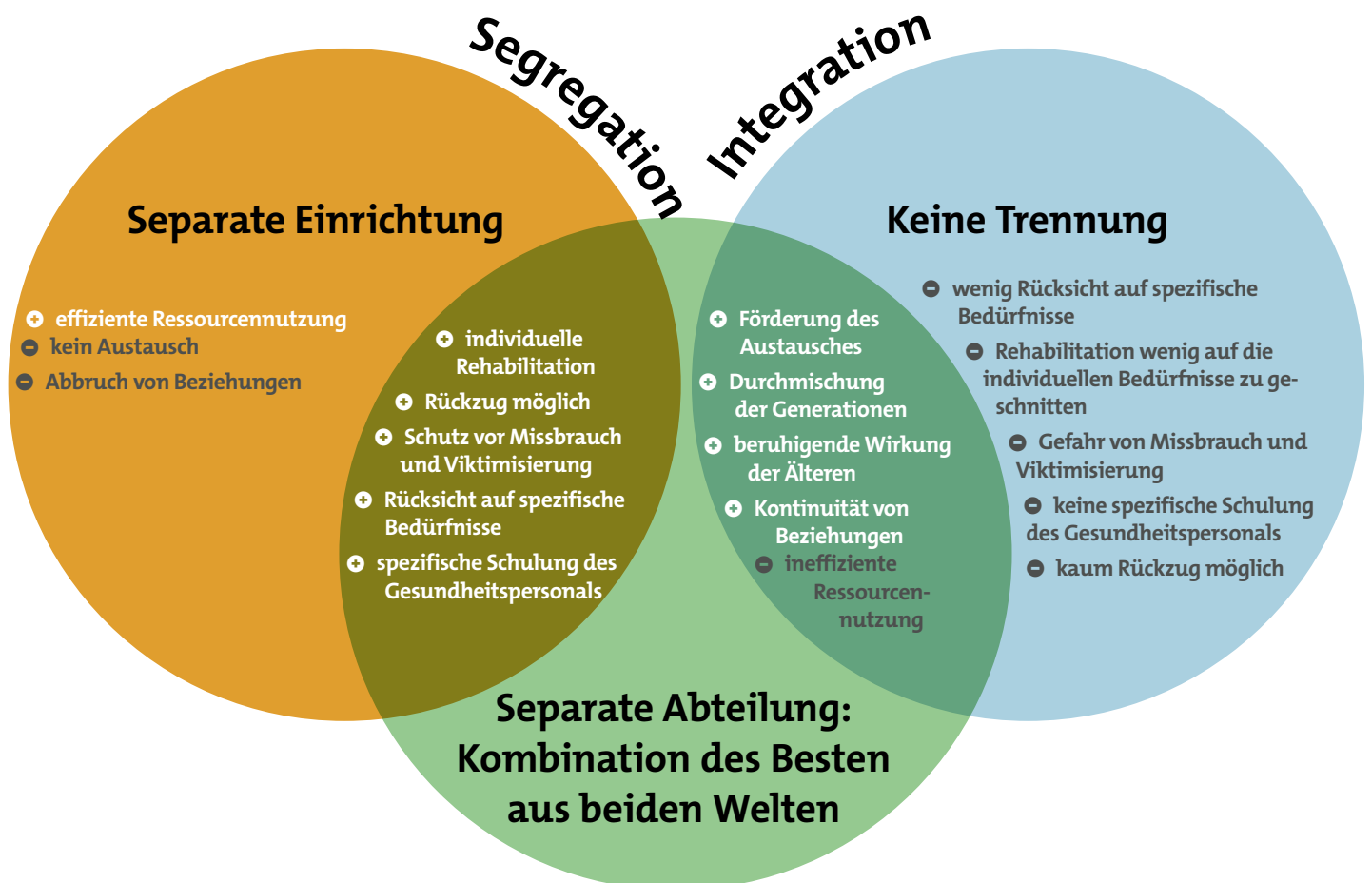
«Die Debatte über die Unterbringung von älteren inhaftierten Personen in Justizvollzugseinrichtungen ist bisher hauptsächlich in den USA geführt worden.»

Sie berichteten zudem von häufigen geringfügigen Handlungen wie beispielsweise das Vordrängen in der Warteschlange für das Essen oder andere Dienstleistungen, die sich zu ernsthafteren Formen der Viktimisierung ausweiten können. Weiter werden ältere Personen häufig schikaniert und erleiden finanzielle Nachteile: So gab beispielsweise ein Drittel der Befragten an, dass ihnen Gegenstände aus ihrer Zelle gestohlen oder sie um Geld betrogen worden waren. Insgesamt berichteten 10,8 % aller Insassen von körperlichen Angriffen und sexuellen Belästigungen. In der Schweiz liegen hierzu keine Studien vor. Jedoch scheint das Risiko der Viktimisierung deutlich geringer zu sein, da die Einrichtungen kleiner sind und die inhaftierten Personen meist in Einzelzellen untergebracht sind.

Ein weiterer wichtiger Grund für altersgetrennte Einrichtungen ist die *Anpassung der Unterbringung und Gesundheitsversorgung* an die Bedürfnisse der höheren Altersgruppe. In separaten, rollstuhlgerechten Wohnbereichen, die sich in der Nähe von Gesundheitsdiensten befinden, können deren körperliche und medizinische Bedürfnisse besser berücksichtigt werden. Das Gesundheitspersonal kann zudem in der

Pflege typischer Alterserkrankungen wie Demenzerkrankungen geschult werden und zielgerichtet reagieren. Darüber hinaus können weitere Aspekte berücksichtigt werden. So können beispielsweise die Zellen stärker beleuchtet werden, da ältere Personen häufig aufgrund ihrer eingeschränkten Sehfähigkeit insbesondere abends Probleme beim Lesen haben.

Ferner können *individuell angepasste Rehabilitationsprogramme* angeboten werden. Im Normalvollzug gibt es oft Sport- und Weiterbildungsangebote für jüngere inhaftierte Personen. Ältere Personen meiden oft Bewegungsangebote, da diese von körperlich fitteren jüngeren Personen dominiert werden. Zudem kehren ältere Personen oft nicht in den primären Arbeitsmarkt zurück und müssen alternative Wege zur Integration in die Gesellschaft in Betracht ziehen. Da ältere Personen im Normalvollzug eine Minderheit darstellen, ist es oft schwierig, massgeschneiderte Interventionen für diese Altersgruppe bereitzustellen, beispielsweise weil es nicht genügend Teilnehmer gibt, um eine Gruppe zu bilden. Eine altersgetrennte Einrichtung würde dies erleichtern und eine gezieltere Versorgung in den Bereichen Gesundheit, Unterbringung und Re-



integration gewährleisten. Dies ist wichtig, um die begrenzten Ressourcen im Gefängnis-kontext effizienter zu nutzen und die stark steigenden Kosten, insbesondere im Gesundheitswesen, zu senken.

Vorteile einer gemischten Unterbringung

Zu den Vorteilen einer *gemischten Unterbringung* von gefangenen Personen verschiedener Altersgruppen gehören die beruhigende Wirkung der älteren auf die jüngeren inhaftierten Personen und deren Rolle als Vorbilder. Beziehungen zwischen Gefangenen unterschiedlichen Alters tragen dazu bei, Langeweile abzubauen, aktiv zu bleiben, Wissen zu teilen und sich gegenseitig zu helfen. Die altersgemischte Unterbringung spiegelt ausserdem die Gesellschaft besser wider und fördert die Übernahme der Verantwortung gegenüber anderen Gefangenen. Denn das Verantwortungsgefühl ist zwischen den verschiedenen Generationen stärker ausgeprägt, als wenn jede Generation für sich allein mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hat. Ältere Personen betonten in unserer Studie ihre Rolle als Berater und erklärten, dass sie ihre Erfahrungen gerne mit jüngeren Gefangenen teilen. Sie sehen den Generationenaustausch und das Verbleiben in einer aktiven und energiegeladenen Atmosphäre als positives Ergebnis der altersgemischten Unterbringung an.

Mit der separaten altersgetrennten Einrichtung ist das Risiko verbunden, dass ältere Personen gezwungen werden könnten, in diese Einrichtung umzuziehen, selbst wenn sie weiterhin in einer altersgemischten Einrichtung leben möchten. Dies könnte beispielsweise geschehen, um nach dem Bau die neuen Plätze in dieser Einrichtung zu füllen. Eine solche Verlegung wäre vor allem problematisch für ältere Personen, die noch relativ fit sind und vom Zugang zu den für die gesamte Gefängnispopulation bestimmten Arbeitsmöglichkeiten und verschiedenen Freizeit- und Rehabilitationsprogrammen profitieren können. Da es zudem nur wenige altersgetrennte Einrichtungen gibt, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass die inhaftierten Personen weiter entfernt von ihrem vorherigen Wohnort untergebracht sind und damit die Pflege der Kontakte zu Freunden und Familien erschwert wird.

Der Schweizer Kompromiss: eine Spezialabteilung innerhalb der Einrichtung

Erkenntnisse aus der Debatte zur Unterbringung der älteren inhaftierten Personen aus den USA sind zwar übertragbar, es ist jedoch unklar, in welchem Ausmass und in welchen Aspekten sich der Schweizer Kontext unterscheidet. In unserer Studie haben wir ältere inhaftierte Personen sowie das Gesundheitspersonal in zwölf Schweizer Justizvollzugseinrichtungen zu diesem Thema befragt. Abweichend

von den Untersuchungen in den USA unterstrichen die Befragten die Vorteile einer separaten Spezialabteilung für ältere Personen innerhalb einer altersgemischten Einrichtung (siehe Kästchen). Denn auf diese Weise können Vorteile von beiden Optionen genutzt werden. Dies scheint möglich, da der Schutz der älteren vor den jüngeren Altersgruppen weniger dringlich erscheint. Ein Hauptgrund hierfür liegt in der geringeren Grösse der Einrichtungen sowie in der Unterbringung der inhaftierten Personen in Einzelzellen.

Die Spezialabteilungen innerhalb der Einrichtungen sichern den älteren Personen den Zugang zu den allgemeinen Versorgungsstrukturen, lassen eine Durchmischung der Generationen zu, schützen sie jedoch vor dem allgemein hohen Lärmpegel am späten Abend. Die Befragten kritisierten allerdings, dass in diesen Abteilungen weiterhin gezielte Interventionen für die höhere Altersgruppe fehlen. Ein Thema war auch die mögliche Unterteilung nicht nur nach Alter, sondern auch nach Dauer und Art der Sanktion. So betonten die Befragten, dass verwahrte Personen mehr Freiraum in einer separaten Abteilung erhalten sollten, um kleine Entscheidungen im Alltag selbst treffen zu können. Ausserdem sollte nach ihrer Ansicht die Unterbringung in einer Spezialabteilung nur mit der Zustimmung der inhaftierten Person erfolgen. Eine auf die gesundheitlichen Bedürfnisse älterer Personen zugeschnittene Abteilung in einer Einrichtung sei wünschenswert, sollte jedoch für alle Altersgruppen mit erhöhten pflegerischen und gesundheitlichen Bedürfnissen zugänglich sein.

Austausch und Rückzugsmöglichkeit

Zusammenfassend deuten die Ergebnisse unserer Studie darauf hin, dass die teilweise Absonderung älterer inhaftierter Personen von der allgemeinen Gefängnispopulation als Kombination des Besten aus beiden Welten angesehen werden kann. Justizvollzugseinrichtungen sollten die Gesellschaft widerspiegeln und durch eine altersgemischte Unterbringung den Austausch zwischen den Generationen sicherstellen. Eine separate Spezialabteilung innerhalb der Einrichtung ermöglicht die Kontinuität persönlicher und anderer Beziehungen und wird gleichzeitig den spezifischen Gesundheits- und Wohnbedürfnissen älterer inhaftierter Personen gerecht. Diese müssen aber frei entscheiden können, ob sie im Normalvollzug oder in einer spezialisierten Abteilung leben möchten. Ein separates «Pflegeheim» wird nämlich, ähnlich wie in der Allgemeinbevölkerung, offenbar auch im Vollzug nicht favorisiert. Vielmehr schätzen die älteren inhaftierten Personen den Austausch zwischen den Generationen mit gleichzeitiger Rückzugsmöglichkeit.

«Zu den Vorteilen einer gemischten Unterbringung von Personen verschiedener Altersgruppen gehören die beruhigende Wirkung der älteren auf die jüngeren inhaftierten Menschen und ihre Rolle als Vorbilder.»

«Die teilweise Absonderung älterer inhaftierter Personen von der allgemeinen Gefängnispopulation kann als Kombination des Besten aus beiden Welten angesehen werden.»

Drei unterschiedliche Modelle

In drei Schweizer Justizvollzugseinrichtungen werden separate Spezialabteilungen mit unterschiedlichem Fokus geführt: die Abteilung Alter und Gesundheit in der JVA Pöschwies, die Abteilung 60plus in der JVA Lenzburg, und der Verwahrungsvollzug in Kleingruppen in der JVA Solothurn.

Die Abteilung Alter und Gesundheit bietet Platz für 30 Personen, die aufgrund ihres Alters, von Suchtproblemen, körperlichen Erkrankungen oder schwierigen Lebensumständen einen besonderen Schutz sowie eine intensivere und spezifische Betreuung benötigen. Das aus Vertretern des Sozialdienstes, des Arztdienstes und des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes zusammengesetzte multiprofessionelle Team verfolgt das Ziel, die grösstmögliche Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit jedes Einzelnen zu fördern. Die inhaftierten Personen leben im Gruppenvollzug, bewohnen Einzelzellen und können sich innerhalb der Abteilung frei bewegen. Sie gehen ihren Arbeits- und Freizeitaktivitäten innerhalb sowie ausserhalb des Gebäudes nach. Diese verschiedenen Aktivitäten und sozialen Betätigungsfelder sind auf ihre individuellen Bedürfnisse und Ressourcen zugeschnitten.

Die Abteilung 60plus bietet zwölf altersgerechte Plätze für inhaftierte Personen an, die das 60. Lebensjahr erreicht haben oder lange Freiheitsstrafen verbüssen. Auch jüngere Gefangene mit besonderen Bedürfnissen können in Ausnahmefällen aufgenommen werden. Es ist die einzige Spezialabteilung, die in jedem Zimmer mit einem Pflegebett ausgerüs-

tet ist. Das Ziel ist, den inhaftierten Personen eine möglichst hohe Selbstständigkeit zu ermöglichen und ihre kognitiven, intellektuellen und motorischen Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern. Dies wird nicht nur durch ärztliche, psychologische und pflegerische Betreuung, sondern auch durch die Einbeziehung in verschiedene Aktivitäten im Vollzugsalltag erreicht, wie zum Beispiel bei der Hausreinigung, Gartenarbeit und Freizeitgestaltung. Die die Beschäftigung mit Themen wie Sterben und Tod gehören ebenfalls zum Vollzugsprogramm.

In der JVA Solothurn ist eine kleine Gruppe von sechs verwahrten Personen leicht abseits von den übrigen Gebäuden in einem separaten Haus untergebracht. Das neue Modell Verwahrungsvollzug in Kleingruppen räumt den Verwahrten, die teilweise das AHV-Alter erreicht haben, mehr Freiheiten als auf den anderen Abteilungen ein. Sie dürfen ihre Zellen selbst möblieren, haben einen eigenen Computer und sind nur nachts in ihren Zellen eingeschlossen. Tagsüber können sie sich frei in den Gemeinschaftsräumen bewegen sowie die Terrasse und den eigenen Spazierhof nutzen. Sie kochen und waschen selbst und pflegen einen Gemüse- und Kräutergarten. Ihre Arbeitsplätze befinden sich ausserhalb des Hauses, das sie auch für Weiterbildungsangebote und Freizeitaktivitäten verlassen können. Der Übertritt in die Kleingruppe ist freiwillig, jedoch müssen die verwahrten Personen bestimmte Kriterien erfüllen, wie zum Beispiel die Fähigkeit zur Eigenverantwortung.

Drei Stimmen

«Einige der Dinge, durch die sich ältere Menschen jünger und leistungsfähiger fühlen, sind das Zusammensein mit jüngeren Menschen», meint ein Therapeut. Er befürwortet deshalb «spezielle Abteilungen in den Gefängnissen für ältere Menschen, denn dann könnten die Ressourcen besser auf diese Menschen ausgerichtet werden. Ich würde also nicht sagen, Gefängnisse für ältere Menschen, aber vielleicht wären Abteilungen innerhalb der Gefängnisse hilfreich.»

«Ich denke, dass ein gemischtes [Umfeld] besser ist», ist auch eine inhaftierte Person der Ansicht. «Es gibt einige junge [Häftlinge], die kommen, um dir eine Frage zu stellen, weil sie denken, dass du Erfahrung hast, die mit dem Alter kommt. Ich denke, dass das gut ist. Der Punkt ist, dass, wenn man die alten Leute zusammen einsperrt, worüber sollen wir dann sprechen? Über unser Alter? Über unsere kleinen Gebrechen?»

«Bestimmte jüngere Leute können natürlich, wie soll ich sagen ... ein bisschen Dynamik reinbringen, was vielleicht auch für die Älteren gut ist», zeigt sich eine inhaftierte Person überzeugt. «Wenn man nur ältere Leute zusammen hat ... dann ist der Standard ganz anders. Aber wenn man auch jüngere Leute hat ... dann bekommt man eine andere Dynamik. Also, auf diese Weise gibt es vielleicht ein bisschen mehr Aufschwung für die Älteren.»



**Zelle eines älteren Verwahrten in der Strafanstalt
Bochuz, Orbe VD.**

Foto: Peter Schulthess, 2019

Inspiration aus Kanada: Die Jüngeren unterstützen die Älteren

Potenzial und mögliche Risiken von Peer-Interventionen

In kanadischen Justizvollzugseinrichtungen sind als Reaktion auf die drastische Zunahme der älteren inhaftierten Personen Peer-Interventionen eingeführt worden. Dabei unterstützen jüngere inhaftierte Personen als Betreuer die Älteren bei der Bewältigung des Alltags. Diese Programme haben ein beträchtliches Potenzial, sofern die erforderlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Helene Seaward, Tenzin Wangmo und Bernice Elger

«Dank ihrem Erfahrungswissen stehen Peers als niederschwellige Anlaufstelle für Gespräche jeder Art zur Verfügung.»

Die meisten Berichte über Peer-Interventionen im Justizvollzug stammen aus den USA, Kanada und Grossbritannien. Deren Bandbreite ist äusserst vielfältig, sowohl hinsichtlich der Themen als auch in Bezug auf die Art der Umsetzung und die Anforderungen der Justizvollzugseinrichtungen. Zahlreiche Peer-Interventionen konzentrieren sich auf die Prävention von Suizid, den Missbrauch von Drogen, die Reduzierung von Gewalt, die Unterstützung neuer inhaftierter Personen, Übersetzungsdienste, Wohnungs- und Beschäftigungsberatung, Mentorenprogramme sowie in jüngster Zeit auch auf das Gesundheitsverhalten.

Möglicher Mehrwert von Peer-Interventionen

Dank Peer-basierten Interventionen können die Gesundheit und das Wohlbefinden von inhaftierten Personen erhalten und verbessert werden. Die Peer-Betreuer erhalten eine Rolle, die sie meist als bereichernd und sinnstiftend wahrnehmen. Sie erhalten die Chance, Fähigkeiten zu entwickeln, die innerhalb der Einrichtung und nach der Entlassung wichtig sind. Häufig ist auch ein höheres Mass an Selbstvertrauen, Selbstachtung und Selbstwertgefühl zu beobachten. Die betreuten Personen werden in ihrer Selbstständigkeit gefördert und bei medizinischen Problemen unterstützt. Die individuelle Betreuung verringert gleichzeitig ihre Gefühle der Einsamkeit und stärkt ihren Selbstwert. Auf institutioneller Ebene können zudem personelle und finanzielle Engpässe abgeschwächt werden.

Ein Hauptvorteil der Peer-Interventionen ist, dass Peers häufig ein grosses Einfühlungsvermögen zeigen und häufiger verfügbar sind als das Fachpersonal. Dank ihrem Erfahrungswissen stehen sie als niederschwellige Anlaufstelle für Gespräche jeder Art zur Verfügung. Sie haben im Vergleich zum Fachpersonal in den Einrichtungen einen direkteren und beständigeren Zugang zu den inhaftierten Personen. Hierdurch haben sie mehr Gelegenheit zu informellen Interaktionen und können unmittelbare Gesundheitserziehung oder Unterstützung anbieten. Weiterhin können sie Fragen und Probleme auffangen und ermöglichen es so dem Vollzugs- und Gesundheitspersonal, seine Zeit effektiver zu nutzen und sich auf spezifischere Aufgaben zu konzentrieren.

Besondere Herausforderungen

Die Hauptkritik an den Peer-Interventionen kommt in der Regel vom Vollzugspersonal, das diese Interventionen als Managementstrategie ansieht, um die Aufgaben von bezahltem Personal zu ersetzen. Diese Wahrnehmung ist einer der Hauptgründe für den Widerstand des Vollzugspersonals gegen solche Programme. Allerdings sind Peer-Interventionen in Justizvollzugseinrichtungen nicht kostenlos, sondern benötigen spezielle Ressourcen. Peer-Betreuer übernehmen zwar einen Teil der Aufgaben des Vollzugspersonals, benötigen jedoch erhebliche Unterstützung durch das Vollzugspersonal.

Weiter stellen sich Fragen zur Verbindung von Pflege- und Sicherheitsbelangen, zu den Kompetenzen

zen und Aufgaben der Peer-Betreuer sowie zu deren Umgang mit vertraulichen Informationen. Die Peer-Betreuer entwickeln neue Rollenverständnisse, da sie nicht ausschliesslich inhaftierte Personen sind, sondern auch in einer gewissen Form zum Personal gehören. Die Beziehungen zwischen Personal und Peer-Betreuern sowie zwischen Peer-Betreuern und den betreuten Personen können an Intimität gewinnen und damit bestehende Rollenverständnisse und Grenzen infrage stellen. Die Machtverschiebung, die durch die Gewährung von mehr Autonomie und Freiheit an bestimmte inhaftierte Personen entsteht, widerspricht den Grundsätzen des Justizvollzugs und wird deshalb als problematisch empfunden.

Diese Bedenken bestehen vor allem auch bezüglich des potenziellen Missbrauchs der privilegierten Position von Peer-Betreuern. Peer-Interventionen gefährden potenziell die Sicherheit und den reibungslosen Betrieb einer Einrichtung. Die grössere Bewegungsfreiheit und der erleichterte Zugang innerhalb der Einrichtung machen Peer-Betreuer zu idealen Boten für den Schmuggel von Drogen, Tabak oder Mobiltelefonen. In Studien werden allerdings in der Regel nur selten tatsächliche Fälle von Missbrauchspotenzial beschrieben.

Nicht zuletzt bergen Peer-Interventionen auch Gefahren für die Peer-Betreuer selbst. Sie sind in manchen Fällen stark zeitlich und inhaltlich gefordert, was zu psychischen Belastungen führen kann. Gespräche über Suizidabsichten und andere bedrückende Themen können für die Peer-Betreuer vor allem dann besonders belastend sein, wenn sie nicht genügend für diese Aufgabe ausgebildet worden sind und nicht die erforderliche Unterstützung erhalten. Es gibt Befürchtungen, dass Peer-Betreuer ausgenutzt werden könnten, indem ihnen zu viele Aufgaben oder Pflichten übertragen werden, die nicht in ihren Kompetenzbereich fallen. Ausserdem ist es oft schwierig, inhaftierte Personen zu finden, die sich als Peer-Betreuer eignen – ein Problem, das aufgrund von hohen Fluktuationsraten infolge Verurteilungen und Entlassungen verschärft wird.

Eine neue Entwicklung

Die Konzeption von Peer-Interventionen zur Unterstützung und Betreuung älterer inhaftierter Menschen ist eine vergleichsweise neue Entwicklung. Mit der Zunahme dieser Altersgruppe steigen die Anforderungen an das Vollzugspersonal und werden Fragen aufgeworfen, wie man ihren hohen gesundheitlichen Bedürfnissen gerecht werden kann. So ist gleichzeitig mit der Schaffung von Spezialabteilungen für ältere inhaftierte Personen und von separaten, altersgetrennten Einrichtungen die noch wenig erforschte Idee der Peer-Intervention entstanden.

Im Rahmen dieses Programms werden jüngere Peers rekrutiert, die keine psychischen oder ernst-

haften gesundheitlichen Probleme haben, stabil sind und sich freiwillig als Betreuer zur Verfügung stellen. Sie werden in einem Auswahlverfahren auf ihre Eignung hin überprüft und erhalten anschliessend eine spezifische Schulung, die Informationen zu Demenzerkrankungen, zur Mobilität von Patienten und zum Umgang mit Patientenübergaben vermittelt. Für ihre Arbeit erhalten sie eine geringe Vergütung.

Je nach Pflegestufe gehen die Peer-Betreuer auf die verschiedenen medizinischen Bedürfnisse der älteren inhaftierten Personen ein. Sie übernehmen eine Vielzahl von Aufgaben, wie zum Beispiel die Unterstützung bei der Körperpflege und dem Toilettengang (ohne Intimpflege), beim Ankleiden und bei der Mobilität. Sie leisten praktische Hilfe im Alltag (z.B. beim Transportieren und Schneiden von Lebensmitteln oder beim Aufräumen der Zelle) sowie – als vertraute Gesprächspartner – emotionale Unterstützung. Kurzum, die Peers unterstützen die älteren inhaftierten Personen bei der Bewältigung der täglichen Herausforderungen, um deren Unabhängigkeit und Funktionsfähigkeit zu erhalten und fördern.

Erfahrungen des Gesundheitspersonals

In unserer Studie haben wir neben Experten und inhaftierten Personen aus der Schweiz auch Experten aus Kanada zur Gesundheitsversorgung älterer inhaftierter Personen befragt. Dies ermöglichte es uns, die in Kanada gemachten Erfahrungen mit dem Programm für gemeinschaftlich betreutes Wohnen (Peer-assisted living program) zu analysieren und Erkenntnisse zu alternativen Betreuungsstrategien für die Schweiz zu gewinnen.

Vorteile dieser Intervention, welche im Rahmen unserer Studie genannt wurden, sind eine dauerhafte und positive Beziehung zwischen den Betreuungspersonen und den älteren inhaftierten Personen, von der vor allem Letztere profitierten. Da die Peer-Betreuer in den Einrichtungen leben, hält ihre Verbindung zu den älteren inhaftierten Personen lange an und schafft ein Gefühl von Familie. Ausserdem nehmen viele Peer-Betreuer eine Mentorenrolle ein. Sie unterstützen die älteren inhaftierten Personen beispielsweise darin, wie sie ihre chronischen Gesundheitsprobleme lindern und welche körperliche Übungen sie machen können.

Ähnlich wie in früheren Berichten zu allgemeinen Peer-Interventionen sind auch in unserer Studie Bedenken hinsichtlich der Arbeitsbelastung und Ausbildung der Peer-Betreuer erhoben worden. Das Wissen der Peer-Pflegekräfte sei im Vergleich zu ihren Aufgaben begrenzt. Ausserdem könne der Einsatz von unzureichend ausgebildeten Arbeitskräften auf die Sparbemühungen der Gesundheitsbehörden zurückgeführt werden. Wäre Kosteneffizienz

«Die Peer-Betreuer entwickeln neue Rollenverständnisse, dass sie nicht ausschliesslich inhaftierte Personen sind, sondern auch in einer gewissen Form zum Personal gehören.»

«Die Peers unterstützen die älteren inhaftierten Personen bei der Bewältigung der täglichen Herausforderungen, um deren Unabhängigkeit und Funktionsfähigkeit zu erhalten und fördern.»

«Bei der Einführung von Peer-Interventionen ist eine besondere Aufmerksamkeit auf die klare Definition von Rollenverständnissen und Kompetenzverteilungen zu legen.»

nicht das Hauptziel, so hätte man mehr Fachkräfte für diese Arbeit einstellen können. Einige Befragte äusserten sich auch zur teilweise hohen Arbeitsbelastung der Peer-Betreuer und wiesen darauf hin, dass diese jederzeit zur Verfügung stehen, wenn ein Zwischenfall oder ein Notfall eintritt. Andere Befragte äusserten Bedenken, ob es richtig ist, sich auf Informationen zu verlassen, die eine inhaftierte Person über den Gesundheitszustand einer anderen mitinhaftierten Person liefert.

Weiter wurde betont, dass die Älteren als vulnerable Bevölkerungsgruppe den Peer-Betreuern ausgeliefert sind. Peer-Interventionen können von Unterstützung in Missbrauch und Misshandlung umschlagen. Befragte verwiesen auf Fälle von Mobbing und Schikane sowie auf die Ausnutzung der älteren Personen (z.B. Erpressung um Geld für deren Dienste). Sie hinterfragten die Motivation einiger inhaftierten Personen, sich als Betreuer zur Verfügung zu stellen, und äusserten die Befürchtung, dass einige Peers mit der Übernahme dieser Arbeit Macht und Kontrolle über andere Personen ausüben wollen. Die zweifelhafte Motivation könne daher ein dringenderes Problem sein als die unzureichende Ausbildung.

Rahmenbedingungen sind entscheidend

Erstaunlicherweise gibt es keine Evaluationen der Peer-Interventionen für ältere Personen. Es gibt aber eine umfangreiche Evidenzbasis über die Rolle von Peers bei der Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten und der Beseitigung von Gesundheitsbarrieren in der Allgemeinbevölkerung. In der Forschung zu Peer-Interventionen im Freiheitsentzug gibt es hauptsächlich Untersuchungen zu den Erfahrungen von den Peer-Betreuern, aber nur wenige Untersuchungen zur Wirksamkeit auf der Ebene der Institution und auf der individuellen Ebene der betreuten Person.

Peer-Interventionen haben das Potenzial, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Betreuer sowie der Betreuten zu verbessern. Bei der Einführung von Peer-Interventionen ist aber eine besondere Aufmerksamkeit auf die klare Definition von Rollenverständnissen und Kompetenzverteilungen zu legen. Um die Peer-Betreuer sowie die Betreuten zu fördern und schützen, müssen eine adäquate Schulung und Supervision, eine zumutbare Arbeitsbelastung der Betreuer und der Schutz der Betreuten vor potenziellem Missbrauch sichergestellt werden.

Positive und kritische Stimmen von Befragten

«Ich kann sagen, dass ich oft fassungslos bin. Denn wir haben Betreuer, die einige sehr grausame Verbrechen begangen haben, und vorher waren das Personen, denen man kein Mitgefühl entgegenbringen würde. Aber sie sind sehr fürsorglich und sehr engagiert. Es war erstaunlich, diese Männer zu beobachten, die so viel Einfühlungsvermögen, Fürsorge und Engagement zeigen.»

«Ich glaube, dieser Ort hat ihnen ein Gefühl von Sinn und Familie gegeben. Die älteren Personen haben sonst niemanden ausserhalb dieser Mauern, und viele der Betreuer auch nicht. Sie kümmern sich also sehr umeinander, sie sind sich sehr wichtig.»

«Dieses Peer-Programm hat insofern einen positiven Effekt, als es eine echte Vertrautheit und eine Beziehung zwischen dem zugewiesenen Betreuer und der älteren Person, um die er sich kümmert, entstehen lässt. Das ist eine tägliche und langfristige Angelegenheit, und ich denke, das könnte hilfreich sein, im Gegensatz zu den Senioreneinrichtungen oder Pflegeheimen, wo es vielleicht wechselnde Schichten gibt.»

«Ich habe Bedenken, wenn es um Macht und Kontrolle über die älteren Insassen geht, was zu einem gewissen Grad zu Missbrauch führt, den wir nicht offen sehen und bemerken.»

«Die Peer-Betreuer sind im Grunde keine Fachleute. Es scheint ein Versuch des Systems zu sein, Geld zu sparen. Anstatt 10 oder 20 Pflegefachkräfte zu beschäftigen, die eine beträchtliche Menge Geld kosten könnten, haben sie diese Peer-Pflegekräfte, denen sie buchstäblich weniger als einen Dollar oder etwas mehr pro Tag zahlen, um die Arbeit zu erledigen. Sie kümmern sich um die älteren Insassen, ohne viel Ausbildung.»



Werkraum in der Altersabteilung der JVA Cazis-Tignez. Arbeit ist aus guten Gründen auch über das Pensionsalter hinaus Pflicht: Sie gibt eine Tagesstruktur, wirkt Rückzugstendenzen entgegen und trainiert feinmotorische Fähigkeiten in einem sonst reiz- und bewegungsarmen Vollzugsalltag

Foto: Peter Schulthess, 2021

Altern in der Abteilung 60plus

Wie sich die Betreuung von älteren Gefangenen in der JVA Lenzburg entwickelt hat

Statistisch gesehen ist der Anteil der über 60-jährigen Gefangenen in den letzten Jahrzehnten in den Justizvollzugsanstalten angestiegen. In erster Linie hängt dies mit der immer grösseren und älter werdenden Bevölkerung zusammen und nicht mit einer steigenden Alterskriminalität. Ein kleiner Teil lässt sich mit den immer älter werdenden verwahrten Gefangenen erklären, wobei sich dieser in den letzten Jahren gesamtschweizerisch bei rund 150 Gefangenen eingependelt hat.

Marcel Ruf



Marcel Ruf ist Direktor der Justizvollzugsanstalt Lenzburg.

Ich bin überzeugt, dass wir schon immer einen hohen Anteil ältere Gefangene in den Justizvollzugseinrichtungen hatten, nur waren diese vor 50 oder 100 Jahren nicht 70 Jahre, sondern erst 50 oder 60 Jahre alt, galten aber damals bereits als sehr alte Gefangene. Es überrascht daher nicht, dass wir vor 100 Jahren (Jahresbericht JVA Lenzburg 1921/22) 12% Gefangene im Alter von über 50 Jahren hatten. Dies ergab für die JVA Lenzburg durchschnittlich 28 Gefangene, die zur damaligen Zeit sehr alt waren. Die Lebenserwartung lag bei Männern im Jahre 1920 bei nur 58 Jahren (2024: 83 Jahre) und die Gefangenen wären nach heutigen Massstäben alle über 75 Jahre alt. Dies ergibt sogar einen deutlich höheren Anteil von älteren Gefangenen als heute.

Daher sollte man eine Statistik auch immer nach den Gegebenheiten der erfassten Zeit deuten und daraus Rückschlüsse ziehen. Der Umgang mit den älteren Gefangenen war auch früher schon ein Thema, wobei die Rahmenbedingungen und die Anforderungen anders waren. Auch ausserhalb der Justizvollzugsanstalt gab es noch keine Alters- und Pflegeheime, sondern die Alten wurden zuhause betreut und gepflegt, wenn sie denn ein Zuhause hatten. Doch wie entwickelte sich die Betreuung

von älteren Gefangenen in den letzten Jahren in Lenzburg?

Altersgerechte Vollzugsplätze für die Senioren

Im Mai 2011 eröffneten wir im Zentralgefängnis der JVA Lenzburg die Abteilung 60plus, wobei die Rahmenbedingungen nicht ideal waren. Die Abteilung wurde in einem Neubau für die Untersuchungshaft integriert und hatte dadurch architektonische Einschränkungen, mit denen wir gelernt haben umzugehen. Die Abteilung 60plus im Zentralgefängnis soll in erster Linie Gefangenen mit langen Haftstrafen, welche das 60. Altersjahr erreicht haben, einen altersgerechten Vollzugsplatz bieten. Mit dieser Abteilung werden spezielle Vollzugsplätze als Massnahme auf die stetig steigende Anzahl der über 60-jährigen Gefangenen angeboten. Sie soll den altersbedingten Bedürfnissen und gesundheitlichen Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Senioren gerecht werden. Gleichzeitig konnte man mit dieser Abteilung den Normalvollzug in betreuenderischer und unter Umständen pflegerischer Hinsicht entlasten. Die Arbeit gemäss Art. 81 StGB soll zugunsten rehabilitativer, sozialer und freizeitorientierter Aspekte in den Hintergrund treten.



Abteilung 60plus, JVA Lenzburg. Legende siehe S. 24.



Abteilung 6oplus, JVA Lenzburg. Legende siehe S. 24.

Die Selbstständigkeit erhalten und verbessern

Unter Einhaltung der Sicherheitsanforderungen soll eine möglichst hohe Selbstständigkeit der Gefangenen erhalten und/oder diese gezielt verbessert werden. Die Selbstständigkeit hat sich im Wesentlichen auf lebenspraktische Tätigkeiten wie Kochen, Waschen, Putzen, Pflege der Körperhygiene und Gestalten der Freizeit (Zeitung lesen, basteln, spielen etc.) zu beziehen. Dies soll durch den Einbezug des Gefangenen in möglichst vielen Aktivitäten im Vollzugsalltag erreicht werden (Mithilfe bei der Essenszubereitung, beim Abwaschen, bei Hausreinigungs- und Umgebungsarbeiten oder der Unterstützung von Mitgefangenen beim Zellenreinigen usw.).

Als eine wichtige Aufgabe des Vollzugspersonals (mit teilweiser pflegerischer Ausbildung) wird der Erhalt und die Förderung der kognitiven und intellektuellen Fähigkeiten angesehen. Es werden individuelle Behandlungen mit Hirnleistungstraining, gestalterischen oder handwerklichen Tätigkeiten angeboten (Werkstatt). Im eigenen Spazierhof der Abteilung 6oplus haben die Gefangenen zudem die Möglichkeit, im Hochbeet etwas anzupflanzen und den Garten zu unterhalten.

Die Pflege der Sozialkontakte resp. die Bestrebung, Rückzugstendenzen und Vereinsamung entgegenzuwirken, ist ein wichtiger Bestandteil des strukturierten Tagesablaufs in dieser Abteilung. Folglich wird ein grosser Teil der Zeit zum gemeinsamen Verweilen der Gefangenen in Aufenthalts-, Freizeit- und Arbeitsräumen genutzt.

Neben der deliktpräventiven Arbeit sind zusätzlich Themen betreffend Umgang mit Sterben und Tod (Versöhnung, Sühne, Wiedergutmachung) keine Tabus. Alle diese Bestrebungen werden im Vollzugsplan festgehalten. Ein Stufenkonzept ist hingegen nicht vorgesehen. Vollzugsöffnungen sollen jedoch im Zusammenhang mit der Vollzugsplanung individuell geprüft werden.

Gefangene über 60 Jahre werden in der Regel durch die einweisenden Behörden für eine Aufnahme in der Abteilung 6oplus angemeldet. In Ausnahmefällen können auch jüngere Gefangene (z. B. während einer Rehabilitationsphase) oder Gefangene mit einer Beeinträchtigung aufgenommen werden.

Erkenntnisse aus zwölf Jahren

Nach nun über zwölf Jahren Erfahrung mit dem Betrieb der Abteilung 6oplus sind unsere Erwartungen grossmehrheitlich erfüllt worden. Es gibt aber, nebst den baulichen Ergänzungen, einige Erkenntnisse, die für den Vollzug mit älteren Gefangenen zu berücksichtigen sind.

■ Die Vorstellungen der Mitarbeitenden betreffend die Ausgestaltung des Vollzugsalltages decken sich nicht immer mit denen der älteren Gefangenen, und dies gilt es auszuhalten. So hätten z.B. die Mitarbeitenden gerne Tiere im Abteilungsalltag integriert, aber Umfragen bei den Gefangenen zeigen, dass einige Gefangene nicht dafür empfänglich sind. Wir lösten dieses Dilemma mit einem Aquarium sowie der tiergestützten Intervention mit Bernhardiner und Sennenhunden. Hier gäbe es weitere mögliche Interventionen mit domestizierten Hasen, Hühnern usw.

■ Es braucht nicht nur ausgebildetes Pflegepersonal, was angesichts des Fachstellenmangels auch am falschen Ort abgeworben würde. Es braucht eine Kombination von Vollzugsmitarbeitenden, die eine Ausbildung im sozialpädagogischen oder medizinischen Bereich (z.B. Fachperson Gesundheit oder Fachperson Betreuung) mitbringen oder die eine Weiterbildung auf sich nehmen (z.B. den Lehrgang «Pflegehelfende SRK»). Aktuell haben von sieben Mitarbeitenden auf der Abteilung zwei Vollzugsangestellte den Lehrgang «Pflegehelfende SRK» und die Berufsausbildung des Schweizerischen Kompetenzzentrums für den Justizvollzug (SKJV) absolviert, ein Vollzugsangestellter kommt aus dem Pflegebereich (Altersheim) und vier Vollzugsangestellte haben die SKJV-Berufsausbildung absolviert oder sind in Ausbildung. Alle haben zudem Stages im Altersheim und in der Psychiatrie absolviert.

■ Die Mitarbeitenden der Abteilung müssen bereit sein, die Gefangenen auch pflegerisch zu unterstützen. Socken anziehen oder einen Rücken eincremen dürfen keine Tabus sein, ansonsten ist die Mitarbeit auf einer Alters- und Pflegeabteilung eher sinnbefreit. Es benötigt hier das pflegende Element und weniger das sichernde Element. In zwölf Jahren mussten wir z.B. nur ein einziges Mal eine Arreststrafe verhängen.

■ Das Thema Nähe und Distanz ist in einer Altersabteilung für die Beteiligten (Mitarbeitende und Gefangene) nicht zu unterschätzen und ständig zu überprüfen. Die Mitarbeitenden begegnen den Gefangenen als Vollzugsangestellte, die für die Sicherheit und Ordnung (Zellenkontrolle, Besuchsüberwachung etc.) sorgen, sowie als Betreuungs-, Bezugs- und Pflegepersonen, die sie pflegerisch unterstützen und ganz nahe am Gefangenen

«Die Vorstellungen der Mitarbeitenden betreffend die Ausgestaltung des Vollzugsalltages decken sich nicht immer mit denen der älteren Gefangenen, und dies gilt es auszuhalten.»

«Das Thema Nähe und Distanz ist in einer Altersabteilung für die Beteiligten (Mitarbeitende und Gefangene) nicht zu unterschätzen und ständig zu überprüfen.»

S. 21-25: Einblick in die Abteilung 60plus der JVA Lenzburg. Der Grundriss, die Grösse von 12,6m² und die Sicherheitsmerkmale der Zellen entsprechen dem Standard des Normalvollzuges; speziell sind das Mobiliar, die Gemeinschaftsräume und der gelockerte Vollzugsalltag.

S. 21: Zelle 98. Der verwahrte Insasse lebt zurückgezogen und vertreibt die Zeit mit Computerspielen. In der Folge ist er nach einem Aufenthalt in der BEWA (siehe S. 58ff.) verstorben.

Unten: Im Hof mit Sonnenschirm und Begrünung können die Insassen Zeit an der frischen Luft verbringen. Im Sommer wird hier hin und wieder grilliert. **Rechts:** Blick in den Zellenangang der Abteilung. Ganz am Ende befindet sich die Gemeinschaftsküche, siehe S. 53.

Fotos: Peter Schulthess, 2016

arbeiten. Es ist eine Herausforderung, bestehendes Vollzugspersonal zu motivieren, sich auf die Problematik Nähe und Distanz einzulassen. Wir mussten vor zehn Jahren einen Lernprozess anstossen, um in kleinen Schritten einen Sinneswandel einzuleiten.

■ Damit bei höheren pflegerischen Anforderungen aber der Betrieb garantiert werden kann, arbeiten wir seit mehreren Jahren mit einer Spitex/Privatpflege-Organisation zusammen, die bei Bedarf unterstützend vor Ort tätig ist.

■ Der Besuch von Angehörigen auf einer Altersabteilung soll in einem Raum auf der Abteilung möglich sein. Verschiebungen in andere Besucherräumlichkeiten scheitern sehr oft an der Beweglichkeit der Gefangenen. Die Angehörigen können im Umfeld der Abteilung unmittelbar auch als Ansprechperson für die Mitarbeitenden dienen.

■ Es sollte, wenn immer möglich, mit einem Pflegeheim oder Alterszentrum in der näheren Umgebung eine Zusammenarbeit angestrebt werden (Austausch, Weiterbildung etc.). So profitieren wir von der Palliativ-Spitex des Alterszentrums Obere Mühle Lenzburg, welche bei Bedarf hinzugezogen werden könnte. Auch all unsere Betten wurden durch nicht mehr benötigte Pflegebetten des Altersheims ausgetauscht.

■ Eine Sterbebegleitung sollte auf einer Pflege- und Altersabteilung möglich sein. Dabei sollten die Angehörigen die Möglichkeit haben, den sterbenden Gefangenen in seinem Zimmer zu besuchen und auch über Nacht zu bleiben. Grundsätzlich ist eine Sterbebegleitung auch auf unserer Abteilung möglich. Bisher haben wir diesen Prozess erst einmal initiiert. Nach Rücksprache mit seinem Bruder wollte der Gefangene dann doch noch einmal ins Spital, wo er eine Woche später verstarb.





Abteilung 60plus, JVA Lenzburg. Legende siehe S. 24.

Auf spielerische Weise Sport treiben

«AGE-Fit» – ein beliebtes Angebot für ältere und beeinträchtigte inhaftierte Personen

Mit dem Sport- und Bewegungsangebot «AGE-Fit» geht die JVA Pöschwies gezielt auf die individuellen Bedürfnisse älterer und beeinträchtigter inhaftierter Personen ein. Selbst Menschen im Rollstuhl können am zunehmend gefragten und beliebten Angebot teilnehmen.

Reto Croci



Reto Croci ist stellvertretender Leiter der «Abteilung Alter und Gesundheit» der JVA Pöschwies.

Sport ist gesund, das weiss jedes Kind, jeder Erwachsene und auch jede ältere inhaftierte Person in der «Abteilung Alter und Gesundheit» (AGE) in der JVA Pöschwies. Nur mit der Umsetzung dieses Wissens tun sich viele schwer. Ganz besonders die ins Alter gekommenen inhaftierten Personen brauchen eine extra Portion Motivation, um regelmässig Sport zu treiben. Was bietet man Männern an Sport an, die unter den üblichen Gebrechen des Alters und zusätzlich unter der psychischen Last des Gefangenseins leiden? Die Abteilung AGE bietet zweierlei: Einerseits das Standard-Sportangebot für jene, die aus eigenem Antrieb Sport treiben, und andererseits seit rund zwei Jahren das Programm «AGE-Fit», das sich an weniger selbstständige inhaftierte Personen richtet.

Das Standard-Sportangebot der Abteilung AGE findet zweimal pro Woche während der Arbeitszeit und einmal in der Freizeit statt. In einer grossen Turnhalle und einem Kraftraum können sich die Männer bewegen, schnaufen und schwitzen und mit Geräten zum Gewichtheben den Bewegungsapparat trainieren.

Angebotslücke mit «AGE-Fit» geschlossen

In der Vergangenheit fühlten sich ältere inhaftierte Personen vermehrt vom vorhandenen Sportangebot nicht angesprochen, obwohl sie sich gerne beweg-

ten. Die Problematik wurde durch eine Mitarbeiterin der AGE erkannt und so entstand die Idee eines Bewegungsangebots für ältere und beeinträchtigte inhaftierte Personen. Für die eher jungen und gesunden inhaftierten Personen im Normalvollzug, die dieses Sportangebot hauptsächlich nutzen, stimmt dieses Angebot, bei dem die Muskeln aufgebaut werden können und die Ausdauer trainiert wird. Für die inhaftierten Personen, die aufgrund ihres Alters, ihre Suchtprobleme, somatischer Erkrankungen oder allgemein schwieriger Lebensumstände in der Abteilung AGE untergebracht sind, bestand hingegen eine Angebotslücke.

Das Sport- und Bewegungsangebot «AGE-Fit» soll für alle inhaftierten Personen der Abteilung AGE – unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, Alter oder Gebrechen – offenstehen und machbar sein. Das speziell ausgebildete Betreuungspersonal führt das «AGE-Fit» durch. Am Anfang der Stunde wird gezielt aufgewärmt und am Schluss gedehnt. Dabei wird auf die Fähigkeiten der Teilnehmer eingegangen. Bei den Muskeln, Gelenken und Bändern soll die Beweglichkeit erhalten und optimal erweitert werden. So oft wie möglich finden die Trainingseinheiten im Freien an der frischen Luft statt.

Die Übungen gehen von Jonglieren mit Tüchern über Hindernisrennen bis zu Stafetten mit Jass-Kar-

ten. Der Sport wird auf spielerische Art ausgeübt, den Möglichkeiten sind fast keine Grenzen gesetzt. Das berühmte Wikingerschach «Kubb» erfreut sich im Sommer grosser Beliebtheit. Dabei steht der Spass im Vordergrund und gleichzeitig wird durch vermehrtes Bücken und Herumlaufen die Fitness trainiert. Im Winter ergänzen aufgezeichnete Fitnessübungen das Angebot in der Wärme. Die inhaftierten Personen werden über einen Monitor und durch einen Betreuer angeleitet. Es gibt Übungen im Stehen, aber auch im Sitzen oder auf Yogamatten. So können z.B. auch Menschen im Rollstuhl teilnehmen. Das Angebot ist vielfältig und abwechslungsreich. Es wird so individuell auf die Bedürfnisse der einzelnen inhaftierten Personen Rücksicht genommen.

Zahlreiche positive Auswirkungen

Der interne Arztdienst der JVA Pöschwies unterstützt das «AGE-Fit», indem er den inhaftierten Personen die Teilnahme nachdrücklich empfiehlt. Sportliche Aktivitäten bei älteren Menschen haben zahlreiche positive Auswirkungen auf die körperliche und geistige Gesundheit. Zum Beispiel können durch die regelmässige Bewegung die Knochenstabilität sowie die Verbesserung der Gelenkfunktionen positiv beeinflusst werden. Der Herz-Kreislauf wird ebenfalls angeregt und auch der Cholesterinspiegel kann positiv beeinflusst werden. Durch Übungen wie Jonglieren mit leichten Tüchern wird der eingeschränkten Beweglichkeit Rechnung getragen, da sie nur langsam fliegen, aber gleichzeitig das Hirn anregen. Dies kann das Risiko von neurodegenerativen Erkrankungen wie Alzheimer verringern. Weiter wird dadurch das allgemeine Wohlbefinden verbessert. Zu guter Letzt wird die soziale Integration gefördert und der sozialen Isolation im Justizvollzug entgegengewirkt.

Zunehmende Beliebtheit und steigende Nachfrage

Das Betreuungspersonal arbeitet stetig daran, die inhaftierten Personen für eine Teilnahme an diesen sportlichen Aktivitäten zu motivieren. Zudem ist es bestrebt, die noch nicht teilnehmenden inhaftierten Personen abzuholen, indem es durch Nachfragen deren Bedürfnisse herauszufinden versucht. Es nimmt alle Vorschläge auf, welche im Sinne des Konzepts und umsetzbar sind. Die intrinsische Motivation ist dabei die treibende Kraft.

Das Sportprogramm ist freiwillig. Unterdessen machen 30% der inhaftierten Personen der Abteilung AGE regelmässig beim «AGE-Fit» mit. Sie freuen

sich, mitzumachen und etwas für ihre Gesundheit zu tun. Weitere 40% sind regelmässig beim Standard-Sport dabei. Die restlichen 30% verzichten auf diese Bewegungsangebote und arbeiten während dieser Zeit in den Gewerbe- und Versorgungsbetrieben der JVA weiter. «AGE-Fit» erfreut sich zunehmender Beliebtheit. Die Mitarbeitenden und die inhaftierten Personen schätzen besonders, dass sie sich kreativ einbringen und selber neue Fitnessübungen vorschlagen dürfen. Es darf daher damit gerechnet werden, dass das Angebot in Zukunft aufgrund steigender Nachfrage weiter ausgedehnt wird.

Abteilung AGE der JVA Pöschwies.
Kaffeemaschine und Stereoanlage
und alle weiteren «Extras» müssen
die Insassen von ihrem Arbeitsentgelt
(Pekulium) selber bezahlen. Siehe
auch Bilder S. 10 und 32.
Foto: Peter Schulthess, 2016





JVA Solothurn. Legende siehe Seite 31.

Unterschiedliche Vollzugsformen für unterschiedliche Bedürfnisse

Einblick in bewährte Praktiken in der JVA Solothurn

In der JVA Solothurn werden unterschiedliche Vollzugsformen angeboten, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der inhaftierten Personen gerecht zu werden. Dies gilt namentlich für den Massnahmenvollzug, in dem der Anteil älterer Personen hoch ist.

Lutz-Peter Hiersemenzel

Ab welchem Alter spricht man eigentlich von einer älteren Person im Justizvollzug? Für die 20-Jährigen sind ja schon die 45-Jährigen «uralt». Die Frage lässt sich nicht pauschal beantworten. In wissenschaftlichen Untersuchungen werden unterschiedliche Altersgrenzen benutzt und je nachdem wird ab 50, 60 oder erst ab 65 Jahren von älteren inhaftierten Personen gesprochen. Wie man die Grenze auch setzt, in der Schweiz und auch im Ausland nimmt der Anteil älterer Menschen im Vollzug jedenfalls stetig zu. Das hat nicht nur etwas mit der zunehmenden Überalterung unserer Gesellschaft zu tun, sondern auch mit immer längeren Verweilzeiten von Personen, die nicht auf ein klares Haftende blicken können: Sie befinden sich in einer stationären therapeutischen Massnahme und sind mit der Möglichkeit wiederholter Verlängerung oder gar Umwandlung in eine rein sichernde Massnahme konfrontiert sind.

In der JVA Solothurn werden unterschiedliche Vollzugsformen angeboten. Neben einer Integrations- und Strafvollzugsabteilung für Menschen im Vollzug einer Strafe gibt es 60 Betten, die für den Vollzug stationärer Massnahmen für Straftäter mit erheblich schweren psychischen Störungen vorgesehen sind. Schliesslich sind im ehemaligen Direktorenhaus sechs verwahrte Personen in der

Abteilung «Verwahrungsvollzug in Kleingruppen» untergebracht. Gerade im Bereich sichernder und therapeutischer Massnahmen ist der Anteil älterer Menschen hoch. Derzeit ist rund ein Viertel der Insassen über 50 Jahre alt und mehrere sogar schon über 70 Jahre.

Wille zur Kooperation erforderlich

Im Alltag drängen sich rasch Fragen auf, wieweit die baulichen Strukturen sowie die Organisations- und Betreuungsstrukturen den Bedürfnissen älterer Insassen gerecht werden. Dabei ist zu bedenken, dass die unterschiedlichen Vollzugsformen und Vollzugskonzepte nicht für jede Person geeignet sind, sondern ein gewisses Mass an Kooperationswillen und Motivation zur Mitarbeit vorhanden sein muss.

Bei älteren inhaftierten Personen ist insbesondere zu beachten, dass sie oft wegen bedeutsamer körperlicher Erkrankungen und Einschränkungen einer engen Betreuung durch Hausarzt und Gesundheitsdienst bedürfen. Der personelle Bedarf im Gesundheitsdienst ist erheblich und darf nicht unterschätzt werden. Dabei hat es sich bewährt, bei hohem Pflegebedarf auch die Unterstützung externer professioneller Dienstleister wie z.B. der Spitex in Anspruch zu nehmen.



Dr. Lutz-Peter Hiersemenzel ist Leiter des psychiatrisch-psychologischen Behandlungsteams der JVA Solothurn.



JVA Solothurn. Legende siehe Seite 31.

Realistische Ziele setzen

Nicht alle, aber ein grösserer Teil dieser Gruppe sind Personen mit sehr langer Hafterfahrung. Gerade wenn sich die Personen im stationären Massnahmenvollzug befinden, stellt sich zudem für alle die Frage nach realistischen Zielen – wenn zwar einerseits eine Therapierbarkeit nicht völlig verneint werden kann, aber andererseits oft in vielen Jahren der Therapie in bedeutsamen Bereichen nur geringe Fortschritte verzeichnet werden konnten. Nicht zuletzt ist manches Mal die Belastung durch die gesundheitliche Vorgeschichte derart schwer und ausgeprägt, dass die für eine Entlassung nötige günstige Prognose wohl gar nie mehr gestellt werden kann. Oft geht es daher in der therapeutischen Arbeit darum, Frustration und Perspektivlosigkeit aufzufangen und auch anderen Erscheinungen der Langzeit-Prisonisierung entgegenzutreten.

Im Vollzugsalltag muss man zudem mit der Herausforderung umgehen, dass ein Zusammenleben von sehr jungen und eher älteren Insassen spezifische Probleme und Dynamiken birgt. In der Regel hat es sich bewährt, die unterschiedlichen Wohn- und Vollzugsgruppen ausgeglichen zu besetzen sowie ausreichende und unterschiedliche Bewegungs- und Sportmöglichkeiten zur Verfügung zu stellen.

Ebenso bewährt hat sich der «Verwahrungsvollzug in Kleingruppen», der einer bestimmten Gruppe älterer Insassen, die eine ausreichend gute Anpassungs- und Kooperationsfähigkeit aufweisen, mehr Freiheiten und Entscheidungsmöglichkeiten einräumt als im üblichen Vollzug. Letztlich zeigt sich auch hier, dass nicht alle über einen Kamm geschoren werden können. Es gibt daneben eine kleine Gruppe älterer Langzeitsinsassen, die massiv verbittert sind und/oder sich querulatorisch verhalten. Auch unter enger Führung und Strukturierung bringen sie zu wenig Fähigkeiten und Integrationsleistung auf, um einen Vollzug in diesem Setting sinnvoll durchführen zu können.

Es macht daher Sinn, dass es in der Schweizer Vollzugslandschaft unterschiedliche Einrichtungen mit unterschiedlichen Angeboten und Konzepten gibt, um auf individuelle Bedürfnisse und Erfordernisse einzugehen. Viele heutige Einrichtungen sind für eher junge und gesunde Menschen konzipiert und nicht für ältere, teilweise gebrechlicher Menschen, die z.B. auf einen Rollstuhl angewiesen sind. Langfristig wird man in der Schweiz bei der Planung neuer Einrichtungen einen voraussichtlich weiter steigenden Anteil älterer und auch sehr alter Menschen nicht nur baulich berücksichtigen, sondern auch entsprechende Personal- und Betreuungskonzepte weiter ausarbeiten und erproben müssen.

S. 28: Zur JVA Solothurn gehören neben dem neuen, architektonisch markanten Bau A mit je einer Abteilung für den Straf- und den Massnahmenvollzug, Unterrichts-, Sport- und Werkräumen sowie den Konsultationszimmern der Therapeutinnen und Therapeuten (**S. 39**) weitere ältere Gebäude. Unter anderem die Abteilung C mit dem Sondersetting für Verwahrte (**S.30 und unten**). Der vergitterte Balkon mit Blick auf

die Blumenbeete der Gärtnerei, die Sicherheitszäune und mit permanentem Geräuschpegel der direkt nebenan liegenden stark befahrenen Autobahn. Hinter der offenen Türe befindet sich das gemeinsame Ess- und Wohnzimmer mit offenem Kamin – ein Relikt aus der Zeit, als dieses Gebäude von der Direktorenfamilie bewohnt war.

Fotos: Peter Schulthess, 2019





Die Abteilung AGE der JVA Pöschwies befindet sich am Ende der langen Gebäudegruppe des Spezialvollzuges. Siehe auch Bilder auf S. 10 und 27.

Foto: Peter Schulthess, 2016

Vertrauen und Motivation im Kontext von Zwang und Kontrolle fördern

Die Therapieerfahrungen von älteren Patienten im Massnahmenvollzug

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient sowie eine hohe innere Motivation sind wichtige Aspekte für den Erfolg einer psychotherapeutischen Intervention im Massnahmenvollzug. Zwang und Kontrolle stellen dabei eine Herausforderung dar – Vertrauen und Motivation sind aber unerlässlich, um das Ziel des Massnahmenvollzugs, die Verringerung des Rückfallrisikos, zu erreichen.

Helene Seaward, Bernice Elger und Tenzin Wangmo

Die Zahl der Personen, die zu einer stationären therapeutischen Massnahme verurteilt werden, ist in vielen westlichen Ländern gestiegen. Der Anteil der älteren Personen ist dabei besonders stark angestiegen. Aktuell ist im Schweizer Massnahmenvollzug bereits jede dritte Person über 50 Jahre alt. Die älteren Personen erfordern daher eine genauere Aufmerksamkeit. Denn sie unterscheiden sich von den jüngeren Personen unter anderem im Hinblick auf ihre Lebensphase sowie aufgrund der hohen gesundheitlichen Belastungen. Aus diesem Grund hat unsere Studie die Therapieerfahrungen der älteren Personen durch die Befragung von Betroffenen und Therapeuten genauer beleuchtet.

Die Ergebnisse unserer Studie betonen die Bedürfnisse und die Perspektive der älteren Personen, müssen jedoch nicht ausschliesslich für diese Altersgruppe gültig sein. Inwiefern bestimmte Aspekte auf die anderen Altersgruppen übertragbar sind, werden weitere Studien klären müssen. Nichtsdestotrotz geben unsere Studienergebnisse einen neuartigen Einblick in den klinischen Alltag des Schweizer Massnahmenvollzugs.

Zwang und Kontrolle

Die stationäre therapeutische Massnahme geht mit einigen speziellen Bedingungen einher, die sich von den therapeutischen Grundbedingungen ausserhalb des Freiheitsentzugs unterscheiden. Vor allem

zielt die stationäre therapeutische Massnahme auf die Verbesserung der Legalprognose und auf einen sozialverträglichen Umgang mit der psychischen Erkrankung ab. Die Behandlungsziele sind somit vordefiniert und nur indirekt auf den Nutzen für den Patienten ausgerichtet. Die Situation im Massnahmenvollzug unterscheidet sich erheblich von der allgemeinen Psychiatrie und Psychotherapie, wo die Behandlungsziele in der Verbesserung der psychosozialen Funktionsfähigkeit und letztlich der Lebensqualität liegen. Im Freiheitsentzug müssen Zwang und Kontrolle in die Therapie integriert werden. Die Therapeuten nehmen dabei eine Schlüsselfunktion ein, um trotz dieser Herausforderungen eine vertrauensvolle Beziehung mit den Patienten herzustellen und dem Widerstand sowie der oftmals anfangs mangelnden Motivation der Patienten zu begegnen.

In unserer Studie haben wir uns auf die Faktoren konzentriert, welche die Therapie im Massnahmenvollzug qualitativ im Vergleich zur Therapie mit Patienten der Allgemeinbevölkerung verändern. Wir haben fünf zentrale spezifische Herausforderungen identifiziert: (1) Umgang mit der Unfreiwilligkeit, (2) Integration der Entscheidungsfindung der Behörden, (3) Aufrichtig, authentisch und unterstützend bleiben, (4) Wahlmöglichkeiten in einem kontrollierten Umfeld und (5) Umgang mit der eingeschränkten Schweigepflicht.

«Im Freiheitsentzug müssen Zwang und Kontrolle in die Therapie integriert werden.»

«Trotz der anfangs hohen Wahrscheinlichkeit der fehlenden inneren Motivation betonen die Therapeuten, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Therapie eine Chance darstellt.»

«Wenn äussere Motivatoren konstruktiv eingesetzt werden, kann der Erfolg einer Behandlung verbessert werden.»

1) Umgang mit der Unfreiwilligkeit

Wozu kann man eine Person zwingen? Wir können Personen zu einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung verpflichten. Wir können sie durch externen Druck dazu animieren, ihre psychische Erkrankung behandeln zu lassen und sich dabei zu engagieren, um künftig straffrei zu leben. Wie weit geht jedoch dieser Zwang? Können wir Motivation und Vertrauen erzwingen?

Eine Person kann zwar verpflichtet werden, an einer therapeutischen Massnahme teilzunehmen, jedoch ist die aktive Teilnahme damit noch lange nicht gesichert. Durch den äusseren Druck des Justizsystems begeben sich viele Patienten physisch in Behandlung, sind aber nicht unbedingt emotional und kognitiv involviert. Die Aufgabe der Therapeuten ist es, mit diesem Druck von aussen umzugehen und ihn in der Arbeit mit den Patienten zu integrieren. Dabei ist die Förderung der inneren Motivation wesentlich, weil diese ein zentraler Bestandteil einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung ist. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die langfristige Aufrechterhaltung von Therapiezielen, namentlich der Verbesserung der Legalprognose, zentral.

Tatsächlich erhöht der äussere Zwang zur Therapie die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient nur daran teilnimmt, um die eigene Chance auf Entlassung zu verbessern, jedoch kein grundlegendes Interesse an der Bearbeitung der psychischen Erkrankung hat. Diese sogenannte strategische Motivation kann mit Widerstand gegen die Therapie und geringer innerer Motivation zur Veränderung zusammenhängen, welche in gerichtlich angeordneten Behandlungssettings vorkommen. Dies äussert sich darin, dass Patienten über irrelevante Themen sprechen und die begangene Straftat bagatellisieren und verharmlosen. Diese Formen der Vermeidung von kritischen Themen und der Verleugnung oder Verharmlosung kommen bei 60 bis 87 % der Sexual- und Gewaltstraftäter vor. Es kann ein Hinweis auf strategische Motivation sein, aber auch in Verbindung mit der Schwierigkeit stehen, eigenes Fehlverhalten einzugestehen und eine schwere psychiatrische Diagnose zu akzeptieren.

Eine Art «Schuhlföfel»

Trotz der anfangs hohen Wahrscheinlichkeit der fehlenden inneren Motivation betonen die Therapeuten, dass die gesetzliche Verpflichtung zur Therapie eine Chance darstellt. Die gerichtliche Anordnung der Therapie kann als symbolischer «Schuhlföfel» fungieren: Die Therapeuten kommen mit Menschen in Kontakt, die von einer Behandlung profitieren können, jedoch unter anderen Umständen häufig keine Behandlung aufsuchen würden. Gründe sind beispielsweise die Stigmatisierung von psychischen

Erkrankungen, fehlende Krankheitseinsicht und lange Wartezeiten für Psychotherapien.

Zudem kann äusserer Druck dazu beitragen, dass die Patienten lange genug in Behandlung bleiben, um eine Linderung ihrer psychischen Belastung zu erfahren. Typische Gründe für die psychischen Belastungen sind neben der psychischen Erkrankung auch die plötzliche Inhaftierung sowie Schwierigkeiten bei der Akzeptanz ihrer psychiatrischen Diagnose und der begangenen Straftat. Der positive Effekt der Psychotherapie stärkt ihre innere Motivation, die Behandlung fortzusetzen und sich aktiv daran zu beteiligen. Eine der stärksten inneren Motivationen für die Fortsetzung der Therapie ist daher die Erkenntnis, dass die Psychotherapie dazu beiträgt, dass man sich besser fühlt.

2) Integration der Entscheidungsfindung der Behörden

Viele Entscheidungen bezüglich der Inhaftierung, des weiteren Behandlungsverlaufes sowie des Entlassungszeitpunktes liegen bei der Vollzugsbehörde. Patienten und Therapeuten werden indirekt in die Entscheidungsfindung einbezogen, und zwar durch Verlaufsberichte der behandelnden Therapeuten sowie durch psychiatrische Gutachten von externen Experten. Aus unseren Ergebnissen geht hervor, dass vor allem *die Abstimmung zwischen allen Beteiligten* eine Herausforderung darstellt. Besonders die Verzögerung der Entscheidungsfindung der Behörden, die mangelnde inhaltliche Abstimmung zwischen den drei beteiligten Parteien (Patienten, Therapeuten, Vollzugsbehörden) sowie die als unvorhersehbar und unkontrollierbar wahrgenommene Entscheidungsfindung der Behörden werfen Probleme auf.

Die Therapiemotivation wird sowohl von inneren als auch von äusseren Faktoren beeinflusst. Innere Motivatoren können Werte, Überzeugungen und innere Anreize sein, während äussere Motivatoren eher materielle oder soziale Belohnungen und Sanktionen sind. Bei Patienten im Massnahmenvollzug umfassen innere Motivatoren häufig die Vermeidung von Scham und Schuld sowie die Verbesserung des eigenen Wohlbefindens, während äussere Motivatoren die Vermeidung von Sanktionen oder sozialer Missbilligung sowie die Wiedererlangung der Freiheit sind. Patienten mit hoher äusserer sowie innerer Motivation weisen die besten Behandlungsergebnisse auf, wobei die innere Motivation den grössten Einfluss auf die langfristige Aufrechterhaltung von Therapiezielen hat. Die Involvierung des Justizsystems kann also die Therapie fördern oder behindern. Wenn äussere Motivatoren konstruktiv eingesetzt werden, kann der Erfolg einer Behandlung verbessert werden.

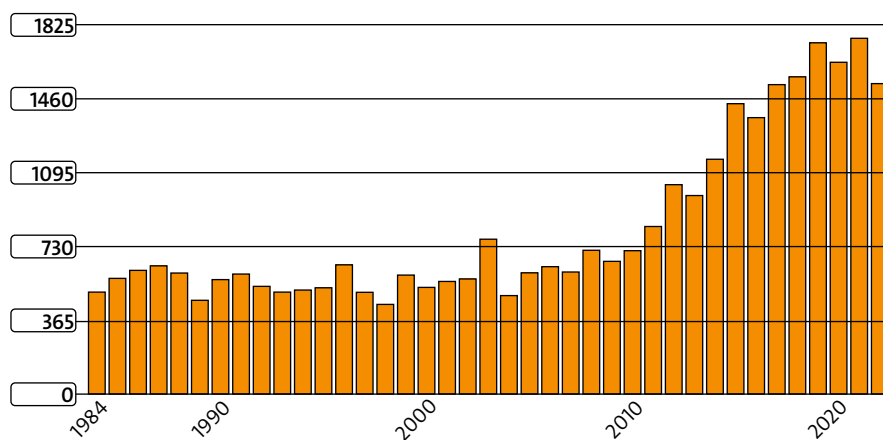
Faktoren für eine erfolgreiche Behandlung

- Erstens spielt die inhaltliche Definition von Therapiezielen eine Rolle. Therapieziele sind häufig unklar definiert und nicht ausreichend abgestimmt zwischen den drei Parteien. Die externen Entscheidungsträger sollten mit den behandelnden Therapeuten die Therapieziele festlegen und sie klar an die Patienten kommunizieren. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine intensive Zusammenarbeit und eine aktive Einbindung der Patienten erforderlich.
- Zweitens entstehen Schwierigkeiten, weil häufig die Entscheidungen über Hafturlaub, Lockerungen oder Entlassungsdaten nicht rechtzeitig getroffen werden. Diese Entscheidungen stehen häufig nicht im Einklang mit den Therapiefortschritten des Patienten und stellen für die Therapeuten eine Herausforderung dar, da sie daran interessiert sind, die Motivation des Patienten für die Behandlung aufrechtzuerhalten, trotz des Mangels an positiver Verstärkung.
- Drittens verringert die als unvorhersehbar und unkontrollierbar wahrgenommene Entscheidungsfindung der Behörden die innere Motivation der Patienten. Die Erwartungen der Vollzugsbehörden müssen transparent erklärt werden und die externen Entscheidungsträger sollen greifbar und zugänglich sein. Zugleich müssen die Verantwortlichkeiten klar zugewiesen werden. Eine engere Zusammenarbeit zwischen den drei Parteien und eine klare Rollenverteilung können das Gefühl der Kontrolle über den eigenen Verhandlungsverlauf stärken und damit das Engagement für die Therapie erhöhen.

3) Aufrichtig, authentisch und unterstützend bleiben

Eine positive, aufrichtige, authentische und unterstützende Haltung ist essenziell, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten herzustellen. Im Allgemeinen beschreiben Therapeuten die Arbeit mit Menschen, welche eine Straftat begangen haben, zwar als bereichernd, aber auch als geistig, körperlich und emotional anstrengend. Es scheint eine besondere Herausforderung zu sein, den Patienten eine positive Wertschätzung entgegenzubringen. Dies vor allem aufgrund der negativen emotionalen Reaktion, welche die Verbrechen auslösen, sowie wegen der häufig langen Behandlungsdauer im Massnahmenvollzug. Es ist schwierig, die Hoffnung aufrechtzuerhalten, insbesondere bei langfristig inhaftierten Patienten. Ausserdem kann die Aufarbeitung der Delikte Angst und Abscheu in den Therapeuten auslösen, was zu einer starken Belastung für die Therapeuten führen kann.

Die begangene Straftat sowie der Status als Gefangene lösen nicht nur negative Gefühle bei den Therapeuten aus, sondern führen häufig auch zu Diskriminierungen. Inhaftierte Personen berichteten häufig von abschätzenden Kommentaren und Demütigungen. Selbst die Therapeuten nehmen häufig abwertende Haltungen gegenüber ihren Patienten ein und haben Mühe, ihnen respektvoll zu begegnen. Demgegenüber bedeutet eine positive Wertschätzung ein aufrichtiges Interesse, den Patienten dabei zu unterstützen, ein besseres Wohlbefinden und eine bessere Zukunft zu erreichen. Dazu gehört namentlich, sich Zeit zu nehmen, um achtsam zuzuhören und so das Gefühl der Patienten zu fördern, verstanden zu werden.

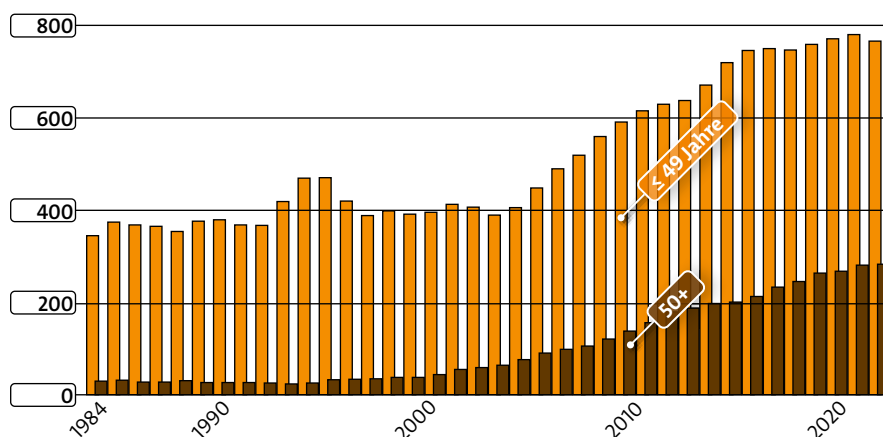


Oben: Mediane Aufenthaltsdauer in Tagen der Entlassenen aus dem Massnahmenvollzug (nur Justizvollzugseinrichtungen). Eine längere Aufenthaltsdauer hat auch einen Einfluss auf den Insassenbestand (siehe unten).

Daten: BFS, 19.04.02.43

Unten: Mittlerer Insassenbestand der beiden Altersgruppen «unter 50» und «50 Jahre und älter» im Massnahmenvollzug (nur Justizvollzugseinrichtungen). Bis 2000 lag die Altersgruppe 50+ unter 10 %, seit 2010 liegt sie über 20 % und erreicht 2021 mit 27 % bzw. 279 Insassen ihren bisherigen Höhepunkt.

Daten: BFS, 19.04.01.41





Raum für Einzeltherapien im Massnahmenzentrum Bitzi. Foto: Peter Schulthess, 2017

So geraten die Therapeuten in ein Dilemma: Sie sollen aufrichtig und authentisch ihre Gedanken und Emotionen gegenüber ihren Patienten zeigen, empfinden aber starke negative Gefühle in Bezug auf die Straftat und die Person. Viele Therapeuten lösen dieses Dilemma, indem sie die Straftat verurteilen, aber die Person als Ganzes wertschätzen. Eine respektvolle Haltung ist auch wegen des Zusammenhangs zwischen geringem Selbstwertgefühl und dem Potenzial für Verhaltensänderungen wichtig. Weiterhin wirkt sich das Gefühl, stereotypisiert oder etikettiert zu werden, negativ auf die Entwicklung von Vertrauen und Verbundenheit mit dem Gegenüber aus. Da eine vertrauensvolle Beziehung einer der stärksten Wirkfaktoren der Psychotherapie ist, sollte der Vermeidung von stigmatisierenden Verhaltensweisen besondere Beachtung geschenkt werden.

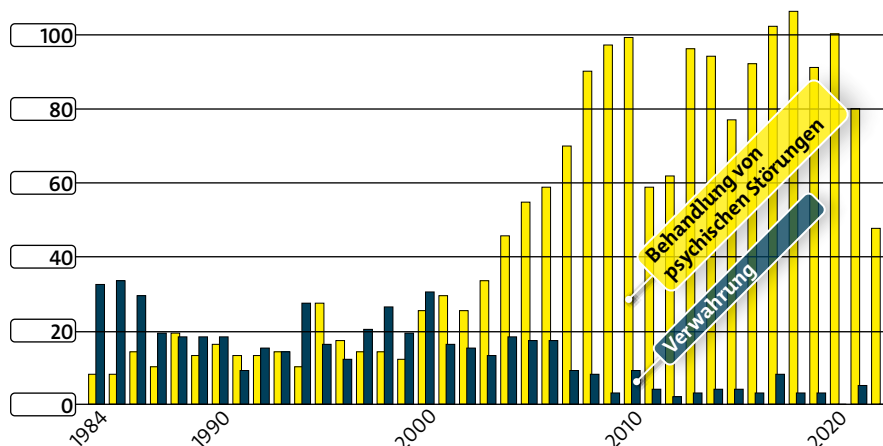
4) Wahlmöglichkeiten in einem kontrollierten Umfeld

Die Bedingungen im Massnahmenvollzug sind vordefiniert, aber innerhalb dieses vorgegebenen Rahmens gibt es ein gewisses Mass an Wahlmöglichkeiten. Um die innere Motivation zu fördern, ist es wichtig, den Patienten Entscheidungskompetenzen zu geben und sie so zu ermutigen, aktiv an der Behandlung teilzunehmen. Dazu gehört die Bereitstellung von Informationen über die Möglichkeiten der Psychotherapie, einschliesslich der Erwartungen, die im Rahmen des Massnahmenvollzugs an die Therapie gestellt werden können.

Weiterhin ist eine gewisse Flexibilität der Therapeuten zentral, um auf die Individualität der Klienten einzugehen. Die Mitbestimmung über die Inhalte der Therapie – also welche persönlichen Themen besprochen werden – ist wichtig, um die Bedürfnisse und Interessen der Patienten zu respektieren sowie deren Motivation zu fördern. Ausserdem ist es besonders zu Beginn einer Intervention zentral, den Patienten das Tempo des Vertrauensaufbaus bestimmen zu lassen, um ihnen das Gefühl zu vermitteln, die Situation zu kontrollieren und selbst der Schrittmacher des Therapieverlaufs zu sein. Dies ist nicht nur wichtig, um eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen, sondern auch, um motiviert zu sein, sich auf die Behandlung einzulassen.

5) Umgang mit der eingeschränkten Schweigepflicht

Die Schweigepflicht sichert das Vertrauen zwischen Arzt und Patient und stellt damit einen Eckpfeiler der Arzt-Patienten-Beziehung dar. Die Qualität dieser Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten ist zentral, da sie direkt mit dem Erfolg psychotherapeutischer Behandlungen zusammenhängt. Im



Einweisungen in den Massnahmenvollzug nach Art der Massnahmen: Behandlung wegen psychischen Störungen (Art. 59 StGB) und Verwahrung (Art. 64 StGB). Der Rückgang der Einweisungen von Verwahrten (2020 und 2022) wurden sogar keine Einweisungen gemeldet)

steht im Gegensatz zum konstanten Bestand dieser Gruppe (siehe #prison-info 2/2023, S. 51). Ähnlich verhält es sich mit den schwankenden Einweisungen der «59er», deren Bestand seit Mitte der 2000er-Jahre kontinuierlich steigt. Daten: BFS, 19.04.02.42

Rahmen des Massnahmenvollzugs ist die Schweigepflicht jedoch stark eingeschränkt, da wichtige Informationen zur psychischen Gesundheit und zum Therapieverlauf mit Vertretern des Justizsystems geteilt werden. In der Schweiz ist es nach wie vor umstritten, wie die eingeschränkte Schweigepflicht gehandhabt werden soll. Die Strategien reichen daher von einer vollständigen Aufhebung der Vertraulichkeit bis hin zu keinerlei Weitergabe von Informationen ohne Zustimmung des Patienten.

Transparenz und ...

Interessanterweise haben unsere Ergebnisse jedoch gezeigt, dass im alltäglichen Umgang mit dieser eingeschränkten Schweigepflicht Transparenz ein essenzielles Mittel ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten aufzubauen. Wichtig ist vor allem, die grundlegenden Bedingungen von Beginn an und wiederholt zu gegebenen Zeitpunkten klar und deutlich zu kommunizieren. Dies bedeutet, dass Therapeuten klären müssen, wann welche Informationen mit wem geteilt werden. Zusätzlich sollten beispielsweise die jährlichen Verlaufsberichte zur psychischen Verfassung und dem Fortschritt in der Therapie vorab mit den Patienten geteilt werden. Dies schafft nicht nur Transparenz bezüglich der Informationsweitergabe, sondern ermöglicht den Patienten, den Inhalt vorläufig mit den Therapeuten zu besprechen und vermeidet so das Gefühl, vor vollendete Tatsachen gestellt zu werden. Selbst wenn der Inhalt des Berichtes von den Patienten direkt nicht abgeändert werden kann, erhöht diese Form der Transparenz die wahrgenommene Kontrolle innerhalb der Therapie.

«Im alltäglichen Umgang mit der eingeschränkten Schweigepflicht ist Transparenz ein essenzielles Mittel ist, um eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patienten aufzubauen.»

«Eine klare Trennung der Rollen und die ausdrückliche Zuweisung von Verantwortlichkeiten ist im Zusammenspiel zwischen allen Beteiligten wichtig.»

Transparenz bringt jedoch auch Herausforderungen mit sich. Die Psychotherapeuten müssen ein Gleichgewicht finden und entscheiden, welche Informationen sie weitergeben sollen, und welche sehr privaten Details, welche für die Behörden möglicherweise irrelevant sind, vertraulich bleiben sollen. Die verfügbaren Leitlinien sind jedoch unspezifisch und bieten keine konkrete Anleitung, um Vertraulichkeitsfragen im Gefängnisalltag zu lösen.

... und klare Trennung der Rollen

Die Zusammenarbeit der Therapeuten mit dem Justizsystem wird von den Patienten akzeptiert, solange sie sich auf die Weitergabe von Informationen beschränkt. Eine klare Trennung der Rollen und die ausdrückliche Zuweisung von Verantwortlichkeiten ist im Zusammenspiel zwischen allen Beteiligten wichtig. Das bedeutet, dass die verantwortliche Person der Vollzugsbehörde bekannt und zugänglich sein sollte und dass diese Person Lockerungen

und Sanktionen kommunizieren sollte. Denn die Beziehung zwischen Therapeuten und Patienten wird negativ beeinflusst, wenn die Therapeuten «kontrollierende» Aufgaben übernehmen (Kommunikation von Sanktionen etc.), welche nicht Teil der Therapie sind. Es ist zentral, dass die Therapeuten eine fürsorgliche Rolle einnehmen und für die Patienten erkennbar das Ziel verfolgen, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu verbessern.

Die Rollentrennung sowie Transparenz im Umgang mit der eingeschränkten Schweigepflicht sind folglich essenzielle Aspekte, um eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Therapeuten und Patienten zu schaffen. Die Festigung dieser Beziehung ist so essenziell, weil sie der stärkste Wirkfaktor in psychotherapeutischen Behandlungen ist. Also ohne Vertrauen, kein Erfolg. Ohne Erfolg, keine Verbesserung der Legalprognose, keine Verringerung der Rückfallwahrscheinlichkeit.

Stimmen von Patienten

«Die Therapeutin wollte bei meiner Geburt anfangen, also habe ich gesagt:

«Schau, ich bin 60, ich habe nicht mehr viel Zeit. Das passt so nicht.»»

«Es ist ziemlich schwierig [die kritischen Themen anzusprechen], weil es schmerzhaft ist, in sich selbst hineinzuschauen, wo es Schwächen gibt, wo es Schmerzen gibt, wo es Traumata gibt, wo es Verletzungen gibt ... man versucht, sich zu schützen! Es ist nicht natürlich, sich selbst zu verletzen, um zu sehen, was falsch ist!»

Stimmen von Therapeuten

«So funktioniert unser Programm, drei bis fünf Jahre lang, hier ist es. Willst du, willst du nicht? Und da ist die Frage der Motivation dann immer ein bisschen, naja, okay.»

«Mir ging es nicht gut! Es hat geblubbert, es hat in mir gearbeitet ... und jetzt ist es gut! Es ist viel besser! Jetzt fühle ich mich ... ich fühle mich ... bis zu einem gewissen Grad befreit ... Es ist komisch, von Freiheit zu sprechen, wenn man im Gefängnis ist (lacht), aber es ist wahr.»

«Ist das eine reine Strategie ohne innere Bereitschaft zur Veränderung, oder meinen sie es ernst? Oder drittens: und ich denke, das ist die häufigste Variante – wahrscheinlich ist es Strategie, aber durch die Strategie können wir sie immer noch motivieren, sich zu engagieren, und vielleicht klappt es dann.»

«Die Behandlung ist am effektivsten, wenn die Patienten motiviert sind, sich zu ändern (...). Man muss also Dinge tun, die ihnen helfen zu erkennen, dass ihre Teilnahme tatsächlich in ihrem besten Interesse ist, denn sie denken in der Regel, dass sie eine Behandlung machen, um uns zufrieden zu stellen, um das System und die Vollzugsbehörde zu befriedigen. Und das Ziel der Therapeuten ist es, den Patienten zu helfen, zu erkennen, dass das nicht der Fall ist. Es ist tatsächlich in ihrem besten Interesse, weil die Dinge, die wir im Behandlungsprogramm tun, ihnen helfen werden, ein besseres Leben zu führen.»



JVA Solothurn. Legende siehe Seite 31.

Es braucht mehr Einrichtungen mit intensiver Betreuung und einer niedrigeren Sicherheitsstufe

Viele ältere inhaftierte Personen sind inadäquat untergebracht

Der erhöhte Bedarf an pflegerischer und sozialer Betreuung sowie das verminderte Rückfallrisiko der älteren inhaftierten Personen erfordern mehr Einrichtungen mit einer niedrigeren Sicherheitsstufe, die eine langfristige gesundheitliche Versorgung gewährleisten. Viele ältere Personen sind in Einrichtungen mit einer zu hohen Sicherheitsstufe untergebracht. Eine adäquate Unterbringung würde nicht nur Ressourcen sparen, sondern auch eine bedürfnisgerechtere Versorgung ermöglichen.

Helene Seward, Bernice Elger und Tenzin Wangmo

«Das Alter ist ein schwacher, aber robuster Prädiktor für allgemeine Rückfälligkeit. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls fällt ab dem 50. Lebensjahr stark ab.»

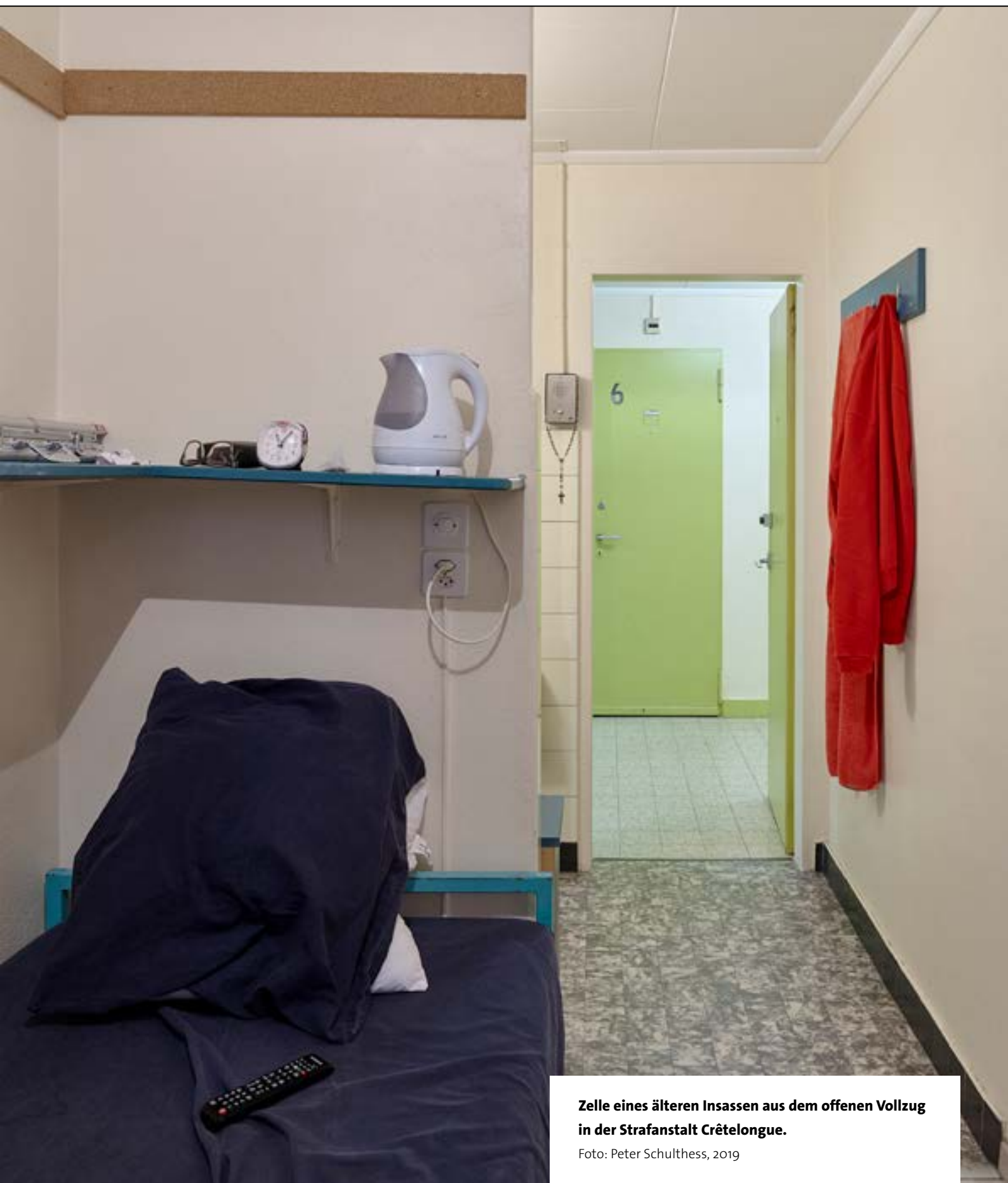
Der Anteil älterer Personen steigt nicht nur bei den inhaftierten Personen an, sondern auch bei den Personen, die aus dem Justizvollzug entlassen werden. Risikobewertungen nehmen einen zentralen Stellenwert ein – in Beschlüssen zu Vollzugslockerungen, in Entlassungsplänen sowie bei der Empfehlung von Interventionen und Massnahmen. Trotz der Zunahme an älteren Personen im Justizvollzug und der damit steigenden Nachfrage an psychiatrischen Gutachten von älteren Personen ist die Datenlage zur Risikobewertung sowie zur Wiedereingliederung dieser Altersgruppe dünn.

Geringeres Rückfallrisiko im Alter

Kriminalitätsraten fallen mit zunehmendem Alter ab, so auch die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall. Das Alter ist ein schwacher, aber robuster Prädiktor für allgemeine Rückfälligkeit. Die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls fällt ab dem 50. Lebensjahr stark ab, ab dem 60. Lebensjahr sind Rückfälle selten und nach dem 70. Lebensjahr treten nur noch vereinzelt Fälle auf. Da es bisher nur wenige Forschungsarbeiten zur Anpassung der Risikobewertung an ältere inhaftierte Personen gibt, basieren die Risikobewer-

tungen daher meist auf Gruppendaten vergleichsweise jüngerer inhaftierter Personen und werden auf die Risikobewertung der älteren Personen verallgemeinert. Dies führt in der Regel zu einer Überschätzung des Risikos bei älteren Personen, selbst wenn das Alter als Faktor in Rückfallprognoseinstrumenten berücksichtigt wurde.

Aufgrund der wenigen Studien zur Risikobewertung bei älteren Personen ist auch unklar, welche Faktoren sich altersabhängig verändern. Beispielsweise gibt es widersprüchliche Ergebnisse im Hinblick auf die Rückfälligkeit bei Sexualdelikten, die teilweise mit einer linearen Abnahme mit dem Alter in Verbindung gebracht werden, während jedoch in anderen Studien kein Zusammenhang mit dem Alter bestimmt werden konnte. Dies bedeutet, dass die Risikobewertung im Einzelfall weiterhin schwierig bleibt. Nichtsdestotrotz werden psychiatrische Gutachten auch heute schon für ältere Personen verfasst. Angesichts fehlender spezifischer Empfehlungen zu dieser Altersgruppe haben wir in unserer Studie die Gutachtenerstellung und deren Wahrnehmung seitens der älteren inhaftierten Personen untersucht.



**Zelle eines älteren Insassen aus dem offenen Vollzug
in der Strafanstalt Crêtelongue.**

Foto: Peter Schulthess, 2019



**Älterer Insasse in seiner Zelle in der Strafanstalt
Saxerriet.**

Foto: Peter Schulthess 2006

Entwicklung und Einfluss der Gesundheit

Die ab dem 50. Altersjahr einsetzende Zunahme an körperlichen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen macht die Gutachtenerstellung komplexer, zeitaufwendiger und ressourcenintensiver. Da weitere Spezialisten für zusätzliche Untersuchungen (beispielsweise neuropsychologische Beurteilungen) hinzugezogen werden müssen, führt dies zu einem aufwendigen interdisziplinären Prozess. Zudem steht eine Abnahme der körperlichen Leistungsfähigkeit nicht direkt im Zusammenhang mit der Risikoreduktion, vielmehr muss der Zusammenhang zwischen der körperlichen Einschränkung und der Art des Delikts genau untersucht werden. So nimmt mit dem Alter beispielsweise das Risiko für Gewaltverbrechen ab, aber nicht notwendigerweise das Risiko für exhibitionistische Handlungen und pädophile Straftaten.

Die Symptomatik einzelner psychischer Erkrankungen sowie die Prävalenzraten psychischer Erkrankungen verändern sich mit dem Alter. So steigt nicht nur die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, sondern auch das Risiko, dass mehrere Diagnosen gleichzeitig vorliegen. Auch das Risiko für bestimmte Erkrankungen verändert sich: Beispielsweise ist der Missbrauch von illegalen Substanzen bei der älteren Population seltener, jedoch der Missbrauch von Alkohol häufiger. Es ist auch deutlich wahrscheinlicher, dass bei älteren inhaftierten Personen depressive Symptome auftreten.

Weiterhin kann sich die Ausprägung der Symptome mit zunehmendem Alter ändern. Beispielsweise gibt es Hinweise darauf, dass sich bei der Schizophrenie die psychotischen Symptome verringern sowie die Negativsymptome zunehmen. Bei den Persönlichkeitsstörungen liefert die Literatur widersprüchliche Ergebnisse, psychopathische Züge werden zeitweise als abnehmend und als unverändert dargestellt. Folglich muss bei der Risikobewertung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen untersucht werden, ob es zu Veränderungen in der Ausprägung der Symptomatik gekommen ist sowie ob zusätzliche Erkrankungen vorliegen und wie weit diese Veränderungen für das Ursprungsdelikt und die Abschätzung des Rückfallrisikos relevant sind.

Generelle Beruhigung im Alter ...

Zeitweise wird zunehmendes Alter mit einer friedlicheren Einstellung in Verbindung gebracht. Der Anreiz und Drang zu kriminellern Verhalten sollen über die Lebensspanne hinweg abnehmen, beispielsweise aufgrund einer geringeren Konzentration auf delinquente Gleichaltrige oder einer zunehmenden Bedeutung von Ehe und Familie. Weiter könnte der verminderte Drang zu kriminellern Verhalten auch mit einem gesteigerten Bewusstsein für die eigene

Endlichkeit und der Konfrontation mit dem absehbaren Tod in Zusammenhang stehen.

... aber wenige finanzielle Ressourcen und soziale Kontakte

Weiter verfügen viele ältere inhaftierte Personen über wenige finanzielle Ressourcen und haben geringe Aussichten auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt. Entweder befinden sie sich bereits im Rentenalter oder haben schlicht auf dem ersten Arbeitsmarkt wenige Chancen, was auf das Stigma der Inhaftierung sowie die fehlende berufliche Weiterentwicklung im Justizvollzug zurückzuführen ist. Ausserdem ist es wahrscheinlicher, dass sie Auswirkungen der Institutionalisierung zeigen, wie z.B. Abhängigkeit von institutionellen Strukturen sowie soziale Entfremdung und Rückzug. Oft fehlt es ihnen an familiärer Unterstützung und sie verfügen nur über ein kleines soziales Netzwerk. Das Risiko der Isolation und Einsamkeit ist hoch, was sich wiederum negativ auf die Risikobewertung auswirkt.

Unterbringung: hohe Sicherheitsstufe trotz niedrigem Risiko

Während die meisten jüngeren Erwachsenen nach der Entlassung in die Freiheit in eine eigenständige Wohnung zurückkehren, benötigen ältere Personen häufig eine Unterbringung in Pflegeheimen oder anderen Formen des betreuten Wohnens. Das eigenständige Wohnen ist für viele schlicht unmöglich oder stellt eine besondere Herausforderung dar, da finanzielle Ressourcen fehlen und die Integration in den Arbeitsmarkt unwahrscheinlich ist. Weiterhin sind sie auf umfangreiche Unterstützung angewiesen, da sie häufig nach langer Inhaftierung wenige soziale Kontakte haben. Zusätzlich erschweren die hohen gesundheitlichen Probleme und pflegerischen Bedürfnisse ein eigenständiges Leben.

Da sich zudem mit dem Alter die Gesundheit verschlechtert und das Rückfallrisiko deutlich sinkt, haben ältere inhaftierte Personen einen erhöhten sozialen und gesundheitlichen Versorgungsbedarf und erfordern geringere Sicherheitsmassnahmen. Es gibt Hinweise darauf, dass ein bis zwei Drittel der älteren Personen im Hinblick auf ihr Risiko unangemessen untergebracht sind, meist auf einer höheren Sicherheitsstufe als erforderlich. Diese Fehlplatzierung ist unter anderem Folge eines Mangels an Langzeitpflegeeinrichtungen mit niedriger und mittlerer Sicherheitsstufe. Weiterhin ist ein Ausweichen auf öffentliche Einrichtungen, welche den pflegerischen und gesundheitlichen Versorgungsbedarf älterer Personen abdecken könnten, besonders herausfordernd. Denn die Plätze sind stark begrenzt und wegen des bleibenden Stigmas der

«Die ab dem 50. Altersjahr einsetzende Zunahme an körperlichen Beschwerden und kognitiven Einschränkungen macht die Gutachtenerstellung komplexer, zeitaufwendiger und ressourcenintensiver.»

«Ein bis zwei Drittel der älteren Personen sind im Hinblick auf ihr Risiko unangemessen untergebracht, meist auf einer höheren Sicherheitsstufe als erforderlich.»

«Es muss klarer kommuniziert werden, wie die forensisch-psychiatrischen Bewertungen und ihre Entscheidungen zustande kommen.»

Inhaftierung und Sicherheitsbedenken besonders schwer zugänglich.

Ambivalente Gefühle angesichts der Entlassung

Zudem erleben viele ältere inhaftierte Personen starke Ängste vor der Entlassung. Sie fühlen sich aufgrund der fehlenden Ressourcen und Perspektiven sowie der abnehmenden Leistungsfähigkeit nicht für die Wiedereingliederung gewappnet und unfähig, ein eigenständiges Leben aufzubauen. Aus diesem Grund stehen viele ältere Personen einer Entlassung ambivalent gegenüber: Sie wollen mehr persönliche Freiheiten und die Gewährung von Urlaub, haben jedoch Bedenken bezüglich ihrer Fähigkeiten eigenständig zu leben.

Dies wirft ethische und finanzielle Bedenken auf, da eine hohe Sicherung mit strengen Einschränkungen verbunden ist, die für diese älteren Patienten, die eher eine intensive und kontinuierliche Pflege benötigen, nicht verhältnismässig sind. Deshalb sollten nicht nur bedingte Entlassungen älterer, chronisch kranker oder behinderter Personen ins Auge gefasst werden, sondern auch mehr langfristige, niedrig gesicherte Unterbringungsoptionen bereitgestellt werden. Dies würde nicht nur Ressourcen sparen, sondern auch den gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen der Betroffenen besser gerecht werden.

Standardisierung und mehr Transparenz

Nicht überraschend äussern forensische Gutachter Bedenken hinsichtlich der fehlenden Standardisierung der psychiatrischen Gutachten für ältere Personen. Die Empfehlungen dieser Gutachten sind oft konservativ. Besonders wegen der Null-Risiko-Kultur und aus Angst vor beruflichen Konsequenzen stehen Experten unter starkem Druck, zum Schutz der Öffentlichkeit jegliches Risiko zu vermeiden oder zumindest das Risiko extrem zu minimieren.

Bei jeder forensisch-psychiatrischen Nachbegutachtung, die im Massnahmenvollzug mindestens alle fünf Jahre stattfindet, hofft die begutachtete Person auf bessere Ergebnisse. Wenn die Ergebnisse jedoch nicht nur von ihren Fortschritten in der The-

rapie abhängen, sondern auch von weiteren, nicht damit zusammenhängenden Faktoren, kann dies ihre Hoffnungen auf eine bessere Zukunft zunichtemachen und dazu führen, dass sie jede Anstrengung in der Therapie als verlorene Mühe empfindet. Die inhaftierten Personen bezweifeln die Glaubwürdigkeit der Gutachten, da sie oft drastische Unterschiede zwischen den einzelnen Gutachtern erkennen. Die fehlende Standardisierung, besonders in Bezug auf ältere Personen, untergräbt daher die Glaubwürdigkeit der Experten und des Systems.

Es muss klarer kommuniziert werden, wie die forensisch-psychiatrischen Bewertungen und ihre Entscheidungen zustande kommen. Ausserdem müssen diese Entscheidungen gegenüber dem Patienten klar dargelegt und begründet werden. Eine in diesem Sinne erhöhte Transparenz der Sachverständigen könnte zu einer objektiveren Bewertung führen. Da die Therapie im Massnahmenvollzug auf die Verminderung des Rückfallrisikos und die schrittweise Wiedereingliederung in die Gesellschaft zielt, ist es wichtig, dass die betroffenen Personen ihre tatsächlichen Fortschritte verstehen und das Gefühl haben, dass die Entscheidungen objektiv, gerechtfertigt und fair sind. Sie müssen sich der Ziele bewusst sein, welche sie für eine eventuelle Entlassung in die Freiheit erreichen müssen. Eine solche Klarheit kommt auch dem Justizsystem zugute, da die Entlassung von Personen, die keine intensive Versorgung und hohe Sicherung mehr benötigen, gerecht sowie kosteneffizient ist.

Stimmen von älteren inhaftierten Personen

«Ich mache mir da keine Illusionen, dass ich, wenn ich rauskomme, noch grosse Sprünge machen kann. Sie müssen sich vorstellen, ich habe hier einen schlechten Verdienst oder, man wird dann vermutlich wieder Sozialhilfeempfänger sein, Ergänzungsleistungen beantragen müssen und so weiter und so fort und wird in einem Heim drin sein mit anderen alten Leuten, also die

Perspektive auf das, schiebe ich mir möglichst weit raus.»

«Logisch hat es sich verbessert. Schon alleine natürlich auch mit dem Alter hat es einen riesen, riesen Einfluss. Je älter, werde ich auch ein bisschen, wie gesagt

jetzt 28 Jahre, seit meinem Delikt, also natürlich einige Zeit, wo einem vergeht und so. Hat sich natürlich schon einiges geändert in meinen Ansichten, in meinen, meinen, wo ich auch darüber denke und was ich gemacht habe. (...) Dadurch/ durch auch dank der Therapie und auch dank der Unterstützung, dass ich mich auch natürlich auch/ und der Zeit mich zu hinterfragen, logisch»

«Sie [die Richter] stützen ihre Entscheidungen auf das Gutachten, auf die Therapieberichte und in den letzten Jahren sowieso extreme [negative Fallbeispiele], das ist das, was zählt, im Prinzip. [...] Es geht nicht darum, wie sich die Personen im Gefängnis verhalten haben, zum Beispiel, ob sie ihre Arbeit gut gemacht haben oder so, und so weiter. Sozusagen [diese Fragen sind] irrelevant. [...] Die Gutachten sind sehr negativ [...]. Weil jeder seinen eigenen Bereich schützt und weil es auch um die Verantwortung geht, falls etwas passieren würde, das heisst... [...] und das ist ganz klar der Verlust des Arbeitsplatzes. Also, man hat mir schon ganz klar gesagt, die Behörden haben mir gesagt: «Hören Sie, wenn Sie rausgehen und etwas passiert, besteht ein grosses Risiko, dass ich meinen Job verliere.»

«Nach den vielen Jahren im Gefängnis werde auch ich immer gefährlicher, [das ist] das Paradoxe.»

«Und wenn weder Behörden noch Sachverständige bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, hat jede Person, die sich hier in Haft befindet, zwangsläufig automatisch eine schlechte Legalprognose. Denn solange die Person eine Prognose hat, haben die Behörden die Mittel, sie weiter in Haft zu halten. Und solange diese Person inhaftiert ist, kann sie nichts Böses tun, und wenn man nichts Böses tun kann, nicht rückfällig werden kann, nichts, dann gibt es auch keine Kritik.»

«Also wenn ich mir vorstelle, zwischen 20 und 40, als ich da meine strafbaren Handlungen gemacht habe, also, ich/ ich bin nie schlafen gegangen oder ins Bett, bevor ich nicht mindestens drei bis vier, fünf, sechs Mal exhibitioniert habe und mich befriedigt habe bis zum Samenerguss und äh, ja. Und heute, wenn ich mich einmal in der Woche selber befriedige ist das schon viel, oder? Mit dem Alter, ja.»

Stimmen von Gutachtern

«(Seufzt) Also, ich habe ein Privatgutachten gemacht für einen 70-jährigen Pädophilen, wo eine Gutachterin vorgeschlagen hat, dass man diesen mit äh triebdämpfenden Mitteln behandeln sollte, nur dann könne man ihn allenfalls wo rauslassen, und, ich mache sonst keine Privatgutachten, aber da habe ich eins gemacht, weil das so absurd gewesen ist... es gibt einige Patienten

– also alte Patienten – die in Verwahrung sind oder so, wo... wo wahrscheinlich absurd ist. In Bezug auf Gefährlichkeit (...) das ist für mich reines Politikum, oder eben überhaupt in Erwägung zu ziehen einem 70-jährigen ein Anti-Testosteron-Mittel zu geben. Weil das biologisch keinen Sinn macht, das ist eine reine Schikane.»

«Wenn sie die Möglichkeit hätten, einfache Möglichkeiten, würden sie wieder rückfällig werden, aber sie würden nicht mit der gleichen Energie oder dem gleichen Drang wie in ihrer Jugend rückfällig werden, und wenn wir das genauer untersuchen könnten, könnten wir sicherlich einen Teil dieser Personen in weniger einschränkenden, weniger restriktiven Unterbringungen unterbringen.»

«Also, es ist einfach, das Sicherheitsdenken, es darf überhaupt nichts passieren. Also, die geringste Möglichkeit, es könnte irgendwann mal ein Zwischenfall passieren der in der Regel auch nicht gravierend ist, wird dermassen skandalisiert, dass man auch bei älteren Leuten, eben, zu repressiven Massnahmen greift, die gar nicht nötig sind.»

Viele Senioren leiden im Freiheitsentzug unter Isolation und Einsamkeit

Das Fehlen guter Beziehungen zu anderen Menschen erhöht das Risiko für verschiedene Krankheiten und einen vorzeitigen Tod

Die alternde Bevölkerung wird von einer Pandemie der Einsamkeit heimgesucht. Seit Covid-19 uns zur Isolation gezwungen hat, sind wir besser in der Lage, die Folgen sozialer Distanzierung zu verstehen. Die neuere Literatur hat gezeigt, dass ältere inhaftierte Personen aufgrund ihrer Isolation besonders anfällig für gesundheitliche Komplikationen sind und so ihr soziales Kapital verringern. Die psychische und physische Gesundheit kann durch Einsamkeit und soziale Isolation stark beeinträchtigt werden.

Félix Pageau, Tenzin Wangmo, Bernice Elger und Helene Seaward



Félix Pageau, Assistenzprofessor für Medizin, forscht und lehrt am Kompetenzzentrum für das Alter, am Forschungszentrum für nachhaltige Gesundheit und an der Medizinischen Fakultät der Universität Laval in Québec über Ethik in der Geriatrie.

Allein zu sein und sich isoliert zu fühlen, sind zwei unterschiedliche Realitäten. Manche werden sagen: «Ich fühle mich so einsam, wenn ich von fremden Menschen umgeben bin, selbst in einer grossen Stadt», und andere werden ausrufen: «Was für ein Glück, endlich allein zu sein!». Die Gefühle, Empfindungen und Vorstellungen von menschlichen Beziehungen unterscheiden sich in diesen Situationen stark. Das wird schnell klar. Diese beiden Realitäten sind miteinander verbunden oder nicht. Ein Mensch kann isoliert sein oder nur wenig Kontakte zu anderen Menschen haben, ohne sich einsam oder vernachlässigt zu fühlen, und umgekehrt. Allerdings wird in der geriatrischen Literatur und in der Literatur über den Justizvollzug immer wieder darauf hingewiesen, dass Isolation und Einsamkeit das Risiko für verschiedene psychische und physische Gesundheitsprobleme erhöhen können.

Soziale Isolation und Einsamkeit der älteren Menschen im Westen

«Die Hölle, das sind die anderen», so der französische Schriftsteller Jean-Paul Sartre, doch das Fehlen guter Beziehungen zu anderen Menschen ist ge-

mäss Erkenntnissen der Wissenschaft schlimmer. Soziale Isolation ist die Verringerung der Anzahl oder der Qualität der Interaktionen mit anderen Menschen. In Europa und Nordamerika werden ältere Menschen oft ins Abseits gedrängt. Natürlich wirken verschiedene Dynamiken und die soziale Isolation der älteren Menschen geht über den Willen von Einzelnen und ihren Familien hinaus. Die Menschen bekommen weniger Kinder und die Frauen, die traditionell als Hausfrauen arbeiteten, kommen nicht mehr allein für die Betreuung der Kinder und alternden Eltern auf. Zwar wird die geriatrische Pflege nach wie vor von Frauen dominiert, doch die Männer haben nicht ihre Beschäftigungen aufgegeben, um sich vermehrt um die älteren Personen ihrer Familien zu kümmern.

Zudem übt die Industrie der Seniorenresidenzen Druck aus, um ältere Personen zunehmend an für sie bestimmten Orten zu gruppieren. So wird der Zusammenhalt zwischen und innerhalb der Generationen durch die Arbeitsanforderungen und die Kommerzialisierung der Seniorenbetreuung ausgehöhlt. Die Alterung der Weltbevölkerung verstärkt dieses Phänomen, und die Verwestlichung der Welt

hat dazu geführt, dass sich dieser Trend weltweit verbreitet hat. Überall auf der Welt arbeiten die Menschen mehr, um Kapital anzuhäufen. Sie sehen darin eine Möglichkeit, ihre Lebensbedingungen zu verbessern, und vernachlässigen so ihre kranken Angehörigen, die sie in die Obhut von Institutionen geben. Der soziale Druck ist gross.

Inmitten von Menschen einsam

Allerdings ist daran zu erinnern, dass Isolation erwünscht sein kann und nicht zwangsläufig ein grösseres Gefühl der Einsamkeit bedeutet. Die Einsamkeit ist ein unangenehmes Gefühl, keine bereichernden Kontakte zu anderen Menschen zu haben. Es kann selbst dann erlebt werden, wenn man von Menschen umgeben ist, die keine wirklich tiefen und bereichernden Beziehungen zu älteren Personen pflegen. Menschen, die in Wohnheimen und in der Gesundheitsfürsorge arbeiten oder Dienstleistungen in diesem Bereich erbringen, durchbrechen nicht unbedingt die Isolation oder Einsamkeit. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Fragmentierung der Pflege und der Personalfluktuations, die durch das vom New Public Management angestrebte Ziel der Kostensenkung verstärkt werden. Dadurch geht die Bedeutung von Bindungen zwischen sich wertschätzenden Menschen vergessen, welche die Einsamkeit verringern würden. Doch dieser Effekt tritt nicht ein, weil die Menschen immer wieder das Arbeitsumfeld wechseln.

Dies wirkt sich auf marginalisierte ältere Bevölkerungsgruppen aus, die häufig unter neurokognitiven Störungen, verschiedenen chronischen Krankheiten und wiederkehrenden psychiatrischen Problemen leiden. Die Einsamkeit sowie Isolation erhöhen das Risiko der vorzeitigen Sterblichkeit und verstärken gesundheitliche Komplikationen (z.B. Verschlechterung der Demenz).

Ältere Personen im Freiheitsentzug

Unser Forschungsteam wollte daher besser verstehen, wie sich Einsamkeit und Isolation auf eine stark marginalisierte Bevölkerungsgruppe auswirken – die alternden inhaftierten Personen. Die meisten Befragten fühlten sich einsam, weil es im Freiheitsentzug wenige bedeutsame menschliche Beziehungen gibt. Einzelne haben sich dafür entschieden, allein und isoliert zu sein, ohne jedoch Einsamkeit zu empfinden. Eine inhaftierte Person drückt dies recht deutlich aus: «Es gibt Tage, an denen ich wirklich Kontakte suche und finde, weil die anderen, offene Menschen sind wie ich. Aber es gibt auch Tage, an denen ich wirklich keine Lust habe, da zu sein und mit anderen im Kontakt zu sein. Ich ziehe mich dann ein bisschen zurück und brauche schlicht niemanden.»

Kontakte mit dem Personal

Die Beziehungen zwischen Vollzugsangestellten und den inhaftierten Personen sind stellenweise beeinträchtigt aufgrund von Stigmatisierungen und Etikettierungspraktiken, also aufgrund der Abwertung der inhaftierten Personen wegen ihres Status als «Gefangene»: «Das hat auch mit dem Respekt des Personals zu tun, aber für uns gibt es hier Personal, das meiner Meinung nach sagt: ‹He du, Gefangener: zweite Klasse oder weniger als nichts. Na ja, die Nieten›. Das haben wir auch. Ich habe mich gefragt, warum kündigen sie nicht. Wenn wir so unerträglich sind und es überhaupt keinen Spass macht, mit uns zu arbeiten? Dann sollen sie weg, sollen sie gehen. Ja.». Zudem sind die Kontakte mit dem Vollzugspersonal begrenzt, nicht nur zeitlich, sondern auch in Bezug auf die Qualität der Beziehungen.

Mehrheitlich scheinen die Beziehungen zum Gesundheitspersonal einen grossen Stellenwert einzunehmen und häufig positiv konnotiert zu sein.

«Die meisten Befragten fühlten sich einsam, weil es im Freiheitsentzug wenige bedeutsame menschliche Beziehungen gibt.»

«Isolation kann erwünscht sein und bedeutet nicht zwangsläufig ein grösseres Gefühl der Einsamkeit.»



**Zelle in der Altersabteilung der JVA Cazis-Tigne.
Zellengrundriss, Mobiliar und Sicherheitseinrichtun-
gen entsprechen dem üblichen Normalvollzug.**

Foto: Peter Schulthess, 2021

Beispielsweise betont diese inhaftierte Person, die wertvollen Interaktionen mit dem Gesundheitspersonal: «Ich habe eine Pflegeperson, welche sehr nett zu mir ist, mir zuhört usw. Das Gesundheitspersonal ist mehrheitlich nett. Da gibt es andere, die du mit der Zeit kennenlernst, und du verstehst, wie sie arbeiten. Aber normalerweise kann ich nicht sagen, dass sie gemein sind oder so. Sie sie nett.».

Andere inhaftierte Personen verdeutlichten, wie wichtig die Beziehungen zum Gesundheitspersonal sind, da sie beispielsweise ihre Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als einzige vertraute Person innerhalb der Einrichtung beschreiben. Dies verdeutlicht nicht nur die wichtige Stellung dieser Personen, sondern auch, dass es innerhalb der Einrichtungen generell an sozialem Kapital mangelt – an Vertrauen, Freundschaft und häufigen Kontakten zu anderen Menschen.

Freundschaften nach innen und nach aussen

Die Kontakte mit der Aussenwelt sind ebenfalls eingeschränkt, was zumindest teilweise als die durch die Inhaftierung angestrebte «Strafe» empfunden wird, wie es eine inhaftierte Person hart ausdrückt: «Dies ist psychologische Folter, dies ist die Rache des Justizsystems, das uns vollständig vom Leben isoliert. Wir sind in einem Getto, in einem Konzentrationslager ohne Baracken und in gewisser Hinsicht ist es sogar schlimmer [...]. Keine Beziehungen mehr zur Gesellschaft, keine Liebesbeziehungen mehr mit dem anderen Geschlecht, mit Frauen, nichts mehr von alledem. Keine Treffen mehr mit Menschen, die uns bereichern könnten. Das gibt es alles nicht mehr.».

Freundschaften zu schliessen, scheint für alle Befragten eine Herausforderung zu sein, namentlich, weil sie keine Personen mit gleichen Interessen finden. Zudem verschlimmert das Sicherheitsdispositiv der Einrichtung die Isolation, und zwar aufgrund der eingeschränkten Bewegungsfreiheit. Dazu gehören die Regeln betreffend Verschiebungen innerhalb der Stockwerke, die Erschwerung von intimen Beziehungen und die Trennung von Freunden. Dennoch ist es nicht unmöglich, Freundschaften zu schliessen.

Das Fehlen einer gemeinsamen Sprache oder Kultur spielt ebenfalls eine wichtige Rolle: «Da gibt es das Problem der Sprache. [...] Lange Zeit war ich der einzige Schweizer auf dem ganzen Stockwerk, der älteste (vier Sekunden Pause) und der einzige, der Französisch sprach. [...] Hier gibt es viele Ausländer. Deshalb habe ich keine Kontakte. Es ist nicht möglich. [...] Und zwar gerade wegen den Sprachen, der Sprache. Der Nationalität, den Sprachen und den Interessen.».

Die Organisation in der Justizvollzugseinrichtung verringert gute Kontakte und verstärkt die Isolation sowie die Einsamkeit. «Am Anfang war ich ganz allein. Es wurde also alles getan, um mich daran zu hindern, mit irgendjemandem Kontakt zu haben. Kein einziges Mal haben sie [die Verantwortlichen der Einrichtung] mich mit Menschen zusammengetan, die eine Sprache sprachen, die ich beherrsche. Nur damit ich mit niemandem Kontakt habe. Ich kann nicht Rumänisch, nicht Polnisch ... ».

Einige inhaftierte Personen erleben eine geringe Motivation, mit anderen ins Gespräch zu kommen aufgrund von unterschiedlichen Interessen, aber auch weil jeder mit den eigenen Herausforderungen zu kämpfen hat. Viele Personen bringen schwere soziale Probleme mit, manche sind stark davon eingenommen, sodass diese schweren Themen die Gespräche dominieren. Nichtsdestotrotz können sich Freundschaften bilden, einzelne sind bereit, sich gegenseitig aufmerksam zuzuhören. Dies lässt sich an den Worten dieser Person erkennen: «Ja, das liegt daran, dass ihr so nah beieinandersitzt. Ihr habt fast nichts ... alle beschwerten sich und auch wenn es euch nicht wirklich interessiert und weil ihr eure eigene Last tragen müsst. Das sind einfache Dinge, bei denen wir nicht eingreifen können. Sie müssen hier einen Weg finden, mit dem Ganzen umzugehen. Sich selbst definieren, sich isolieren oder die Ohren verschließen; das musst du erst einmal können.» Er hört den anderen Gefangenen, die dennoch an ihm kleben, nicht mehr zu, weil er sich nicht unterstützt fühlt und nicht unbedingt mit Leuten befreundet sein will, die genauso viele oder sogar mehr Probleme haben wie er.

Schlussfolgerung

Justizvollzugseinrichtungen haben das Potenzial eine Umgebung zu schaffen, welche vertraute Beziehungen zu anderen fördert und damit das soziale Kapital der inhaftierten Personen erhöht. Unseres Wissens ist diese Untersuchung eine der ersten, welche die Sicht der inhaftierten Personen bezüglich der Einsamkeit, der sozialen Isolation und des schwachen sozialen Kapitals im schweizerischen Freiheitsentzug darlegt. Da Einsamkeit und Isolation das Risiko für somatische und psychische Gesundheitsprobleme erhöhen können, sollte der Fokus auf die Erleichterung von tragfähigen Beziehungen für inhaftierte Personen gestärkt werden.

«Freundschaften zu schliessen, scheint für alle Befragten eine Herausforderung zu sein, namentlich weil sie keine Personen mit gleichen Interessen finden.»

Besonderheiten der Ernährung bei älteren inhaftierten Personen

Risiko Mangelernährung

Ältere inhaftierte Personen haben aufgrund von altersbedingten Veränderungen im Organismus ein besonders hohes Risiko für eine Mangelernährung mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Durch die Umsetzung von bestimmten Ernährungsempfehlungen bei der Gestaltung des Speiseplans kann jedoch der Ernährungszustand positiv beeinflusst und das Wohlbefinden der Betroffenen gesteigert werden.

Elisabeth Stock, Tenzin Wangmo, Bernice Elger und Helene Seaward



Elisabeth Stock promoviert am Institut für Bio- und Medizinethik der Universität Basel. Sie hat langjährige Berufserfahrung als Ernährungsberaterin im klinischen Bereich.

«Nahrung ist die beste Medizin» – diese Aussage wird Hippokrates zugeschrieben, dem bekanntesten griechischen Arzt der Antike. Damit wollte er die Bedeutung der Ernährung für die Gesundheit und das Wohlbefinden betonen. Die Nahrungsaufnahme ist notwendig, um den Organismus mit bedarfsgerechten Mengen an Energie und allen lebensnotwendigen Nährstoffen zu versorgen. Eine ausgewogene vollwertige Ernährung schafft die Grundvoraussetzungen für optimale Stoffwechselabläufe und Organfunktionen. Sie ist somit wichtig für die physische und psychische Gesundheit, die Leistungsfähigkeit sowie das Wohlbefinden und kann im Krankheitsfall zur optimalen Unterstützung der Genesung beitragen.

Besondere Ernährungsbedürfnisse von älteren Menschen

Die Ernährung ist besonders bei älteren Personen bedeutsam, da physiologische Altersprozesse und altersbegleitende Veränderungen ernährungsrele-

vante Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenssituation haben. Zu erwähnen ist insbesondere die altersbegleitende Abnahme des Appetits (Altersanorexie), die auf vielfältige Veränderungen des komplexen Systems der Hunger- und Sättigungsregulation zurückzuführen ist. Mit zunehmendem Alter nehmen die Hungersignale ab, während die Sättigungssignale zunehmen. Zu den Gründen für die Altersanorexie zählen die abnehmenden Wahrnehmungen von Geruch, Geschmack und Sehen. Zudem nimmt der durch das Gehirn gesteuerte Essantrieb ab. Ferner verringert sich die Dehnbarkeit des Magens, was eine frühzeitige Sättigung zur Folge hat. Ausserdem verzögert sich die Magenentleerung, was zu einer länger anhaltenden Sättigung nach einer Mahlzeit beiträgt. Überdies führen auch Veränderungen auf hormoneller Ebene zu einer Abnahme des Appetits.

Mit zunehmendem Alter kommt es auch zu Veränderungen im Flüssigkeitshaushalt. Durch Durst und die Ausscheidung von Flüssigkeit über



Das Abspeisen in der JVA Lenzburg erfolgt wie vor 160 Jahren über die Abspeisklappe der geschlossenen Zellentüren. Im Gegensatz zu anderen Vollzugsanstalten in der Schweiz essen hier alle Insassen in ihren Zellen.

Foto: Peter Schulthess, 2019

«Auch Personen mit Übergewicht können mangelernährt sein.»

Speiseraum der Strafanstalt Crêt-longue. Ein vulnerabler älterer Insasse darf vor dem Ansturm des Grosskollektivs in Ruhe sein Mittagessen einnehmen. Das System der Kantinenverpflegung wurde in den Schweizer Strafanstalten erst in den 1970er-Jahren eingeführt.
Foto: Peter Schulthess, 2019

die Nieren wird der Flüssigkeitsgehalt und Flüssigkeitshaushalt des menschlichen Körpers reguliert. Aufgrund des reduzierten Durstempfindens haben ältere Menschen trotz Flüssigkeitsmangels (Dehydration) keinen Durst und nehmen zu wenig Flüssigkeit auf. Zudem tragen hormonell bedingte Altersveränderungen dazu bei, dass die Nieren weniger effizient einen konzentrierten Urin bilden können. Dies führt zu grösseren Flüssigkeitsverlusten als bei jüngeren Menschen und erhöht das Risiko einer Dehydration.

Risiko Mangelernährung

Senioren im Freiheitsentzug haben ein besonders hohes Risiko für eine Mangelernährung, weil diese Gruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung verstärkt zahlreiche gesundheitliche Probleme hat. Dabei wird zwischen einer quantitativen und einer qualitativen Mangelernährung unterschieden.

Wenn über einen längeren Zeitraum zu wenig Energie aufgenommen wird, handelt es sich um eine quantitative Mangelernährung. Eine qualitative Mangelernährung ist auf eine Unterversorgung von Eiweiss oder anderen Nährstoffen wie Vitaminen und Spurenelementen zurückzuführen. Das bedeutet also, dass auch Personen mit Übergewicht mangelernährt sein können.

Eine unzureichende Zufuhr an Energie und Nährstoffen hat schwerwiegende Auswirkungen auf zahlreiche Körperfunktionen. Die Sterblichkeitsrate steigt und das Risiko für zahlreiche physische und psychische Erkrankungen ist erhöht. Die Mangelernährung führt zu einem reduzierten Allgemeinzustand, der häufig mit Schwäche, Müdigkeit, Mattigkeit und fehlendem Antrieb einhergeht. Durch die Abnahme der Muskelmasse und Muskelkraft steigt das Risiko für Knochenbrüche. Die schwächere Atemmuskulatur beeinträchtigt die Atemfunktion, was



das Risiko für eine Lungenentzündung erhöht, da Speichel oder Nahrung unbemerkt in die Lunge gelangen können (stille Aspiration). Ausserdem wird die Immunfunktion beeinträchtigt und es besteht eine erhöhte Anfälligkeit für Infekte. Die Wundheilung ist gestört und das Risiko für Druckgeschwüre (Dekubitus) steigt. Das hat auch soziale Auswirkungen, da die Hilfsbedürftigkeit zunimmt und Spitalaufenthalte gehäuft notwendig sind.

Risiko Flüssigkeitsmangel

Zusätzlich dürfen auch die Auswirkungen eines Flüssigkeitsmangels nicht unterschätzt werden. Erste Symptome einer zu geringen Flüssigkeitsaufnahme sind trockene Haut und Schleimhäute, was zu rissigen Lippen, Mundtrockenheit und Schluckbeschwerden führen kann. Das sind wiederum Risikofaktoren für eine Mangelernährung. Weiter ist ein Flüssigkeitsmangel häufig die Ursache von

Müdigkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Kopfschmerzen, Schwindel und Obstipation (Stuhlverstopfung). Ein Mangel an Flüssigkeit kann bei älteren Menschen unbemerkt und rasant – z.B. wegen Kreislauf- und Nierenversagen – lebensbedrohliche Ausmasse annehmen.

Mangelernährung erkennen ...

Häufig wird eine Mangelernährung nicht erkannt und fälschlicherweise als «Altersschwäche» bezeichnet. Es gibt verschiedene Methoden, um eine Mangelernährung zu erkennen. Fachpersonen verwenden bestimmte Screening-Methoden, beispielsweise das Mini Nutritional Assessment (MNA). Laien sollten aufmerksam werden, wenn es – unabhängig vom Ausgangsgewicht – zu einem Gewichtsverlust ohne beabsichtigte Veränderungen der Essgewohnheiten über die letzten drei Monate kommt. Deshalb wird eine regelmässige Kontrolle des Körpergewichts

Gemeinschaftsküche der Abteilung 60plus in der JVA Lenzburg (siehe S. 20ff.). Die Insassen können ihre Mahlzeiten selbst zubereiten und gemeinsam oder allein auf ihren Zellen essen. Zweimal im Monat findet das «Pro Senectute Kochen» statt: «Mit viel Humor und korrektem Benehmen befolgen die Insassen die Anweisungen der externen Kursleiterin» (Jahresbericht der JVA).
Foto: Peter Schulthess, 2016



«Bei Verdacht auf eine Mangelernährung ist immer eine Ärztin oder ein Arzt hinzuzuziehen.»

Speise- und Aufenthaltsraum der Altersabteilung JVA Cazis-Tignez. Das gemeinsame Essen wirkt den typischen Rückzugstendenzen der älteren Gefangenen entgegen.
Foto: Peter Schulthess, 2021

von älteren inhaftierten Personen empfohlen. Auch ohne Gewichtsangaben lässt sich eine Mangelernährung aufgrund von Hinweisen wie eine plötzlich locker sitzende Kleidung, nicht aufgeessene Speisen oder Verhaltensänderungen (z.B. Teilnahmslosigkeit oder vermehrter Rückzug in die Zelle) erkennen.

... und den Ursachen auf den Grund gehen

Um eine Mangelernährung zu verhindern oder dieser entgegenzuwirken, muss man deren Ursachen kennen. Neben den altersbezogenen physiologisch bedingten Veränderungen gibt es – besonders bei älteren inhaftierten Personen – zahlreiche andere Ursachen für eine Mangelernährung (siehe Kästchen). Sie sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in höherem Mass von Gelenkerkrankungen betroffen, die oft mit Schmerzen verbunden sind und zu einer eingeschränkten Beweglichkeit sowie zu Müdigkeit führen – alles Risikofaktoren für einen verminderten Appetit und infolgedessen einer reduzierten Nahrungsaufnahme.

Auch psychische Erkrankungen sind bedeutsam. So ist bekannt, dass besonders viele ältere inhaf-

tierte Personen eine Depression haben – abermals ein Risikofaktor für Mangelernährung. Das kann wiederum die depressiven Symptome verstärken, beispielsweise wenn es zu einer Unterversorgung der B-Vitamine kommt. Im Rahmen unserer Studie haben einige der älteren inhaftierten Personen berichtet, dass sie ihre Zähne verloren haben und eine Zahnprothese brauchen. Häufig sitzt sie nicht richtig und verursacht Entzündungen im Mundbereich. Da liegt es auf der Hand, dass diese Personen Schwierigkeiten beim Essen haben können.

Bei Verdacht auf eine Mangelernährung ist immer eine Ärztin oder ein Arzt hinzuzuziehen. Laien können jedoch mit verschiedenen Massnahmen, den Ernährungszustand und Flüssigkeitshaushalt von älteren inhaftierten Personen positiv unterstützen. Zu diesen Massnahmen zählen unter anderem eine ausgewogene, abwechslungsreiche und eiweissreiche Ernährung, Interventionen zur Appetitanregung, eine konsistenzangepasste Kost und die Förderung der Flüssigkeitsaufnahme.



Art der Ernährung

Laut den Nelson-Mandela-Regeln der UNO soll inhaftierten Personen ein nährwertreiches, der Gesundheit förderliches Essen angeboten werden, das schmackhaft zubereitet und ansprechend serviert wird. In unserer Studie haben einige ältere inhaftierte Personen berichtet, dass das Essen von schlechter Qualität ist und nicht an ihre Bedürfnisse angepasst wird. Den Bedürfnissen und Wünschen aller gerecht zu werden, stellt eine grosse Herausforderung dar, die von vielen Faktoren abhängt (z.B. Budget und Personalressourcen). Dennoch kann im Rahmen des Möglichen viel bewirkt werden und das Angebot durch das Engagement des verantwortlichen Personals positiv beeinflusst werden.

Ältere inhaftierte Personen haben zudem kritisiert, dass es wenig Abwechslung beim Essen gibt. Andere wiederum haben erwähnt, dass sie die Möglichkeit haben, selbst zu kochen: *«Am Mittwoch besprechen wir, was wir am Samstag kochen wollen, und jeder kann sagen, was er gerne essen möchte, und normalerweise berücksichtigen wir das, oder wir bereiten Dinge zu, die kaum angeboten werden.»*. Es gilt die Devise: Auch einfache Interventionen tragen zum Wohlbefinden von älteren inhaftierten Personen bei! Dazu zählen kleine Veränderungen im Speiseplan wie eine veränderte Garnitur, eine neue Salatkomponente oder ein anderes Dressing. Inhaftierte Personen begrüssen auch kleine Überraschungen.

Als Basis gilt eine nährstoffreiche und abwechslungsreiche Ernährung gemäss den Empfehlungen der gesunden Ernährung entsprechend der Schweizer Lebensmittelpyramide. Bei Bedarf ist die Art der

Ernährung individuell anzupassen, zum Beispiel bei Unverträglichkeiten oder bestimmten Erkrankungen. Laut unseren Studienergebnissen zeigt sich, dass diesen Anforderungen oft nicht nachgekommen wird. Eine ältere inhaftierte Person berichtete beispielsweise: *«Montags gibt es Geschnetzeltes, dienstags gibt es Gulasch – jede Woche das gleiche Essen. Für Leute, die nur kurz hier sind, mag das in Ordnung sein, die merken das nicht, aber wenn man zwei Jahre hier ist, muss man jede Woche das Gleiche essen!»*.

Eiweiss spielt eine besondere Rolle in der Ernährung von älteren Menschen, da der Bedarf mit zunehmendem Alter steigt. Ein Eiweissmangel verstärkt den altersbegleitenden Verlust von Muskelmasse und fördert so die Entstehung von Gebrechlichkeit. Eiweiss trägt zum Erhalt der Muskel- und Knochenmasse sowie der Immunabwehr bei. Im Krankheitsfall kann sich der Eiweissbedarf zusätzlich erhöhen, beispielsweise aufgrund von Entzündungen, Wunden und Infektionen. Im Rahmen unserer Studie hat eine ältere inhaftierte Person folgendes berichtet: *«Dann kaufe ich 14 Joghurts, Naturjoghurt, weil ich all die anderen Joghurts mit künstlichen Aromen und all dem Zucker nicht mag. Du bekommst zwei kleine Portionen Käse pro Woche.»* Dieses Speiseangebot sollte optimiert werden, unter anderem auch, weil ältere Personen häufig eine Abneigung gegen Fleisch und Wurst entwickeln. Zumindest jede Hauptmahlzeit sollte eine Eiweisskomponente enthalten. Auch eiweissreiche Zwischenmahlzeiten wie Joghurt, Buttermilch oder Pudding tragen dazu bei, den Eiweissbedarf besser decken zu können.

«Ein Eiweissmangel verstärkt den altersbegleitenden Verlust von Muskelmasse und fördert so die Entstehung von Gebrechlichkeit.»

Mögliche Ursachen einer Mangelernährung von älteren inhaftierten Personen				
Physiologische Altersveränderungen	Körperliche Ursachen	Gesundheitliche Beeinträchtigungen	Geistige und psychische Beeinträchtigungen	Direkte Ernährungsfaktoren
■ Appetitlosigkeit ■ Abnahme von Geschmack, Geruch, Sehvermögen ■ Unvollständiger Ausgleich von Gewichtsverlusten	■ Schlechter Zahnstatus (z.B. Kauprobleme wegen fehlender Zähne oder schlechtsitzendem Gebiss) ■ Mundtrockenheit und Entzündungen im Mundraum ■ Schluckbeschwerden ■ Eingeschränkte Beweglichkeit der Arme und Hände	■ Obstipation (Stuhlverstopfung) ■ Akute oder chronische Krankheiten ■ Schmerzen ■ Multimedikation, Nebenwirkungen von Medikamenten	■ Depressionen ■ Kognitive Einschränkungen (z.B. Demenzerkrankungen) ■ Delir	■ Essensangebot, das nicht den Bedürfnissen angepasst wird

«Das Vollzugspersonal und andere inhaftierte Personen sollten regelmässig an das Trinken erinnern und zum Trinken motivieren.»

S. 57: Sondersetting im Normalvollzug JVA Lenzburg, Zelle 524: L, damals 78 Jahre alt, hatte die Stationen Pöschwies, Thorberg und Wauwilermoos durchlaufen. «Als er zu uns kam, war er unter 50 kg. Er wurde mit viel Engagement des Gesundheitsdienstes umsorgt», erläutert der Direktor. Der gebrechliche und von Krebs gezeichnete Verwahrte wollte wenn immer möglich hier sein Lebensende verbringen und bereitete seine Spezialkost nach genauer Anleitung selbst zu. Der grosse «Setzkasten» an der Wand strukturierte seine Medikamenten-Einnahme und gewährleistete seine Autonomie. Er verstarb ein paar Jahre später. Foto: Peter Schulthess, 2016

Tipps zur Appetitanregung

Appetitlosigkeit ist bei älteren Personen weit verbreitet. Um dieser entgegenzuwirken, müssen die Ursachen, die schnell zu einer Mangelernährung führen können, herausgefunden werden (siehe Kästchen). Gegen Appetitlosigkeit helfen unter anderem folgende Ernährungsempfehlungen:

- Portionsgrössen anpassen – besser kleine Mahlzeiten, dafür mehrere über den Tag verteilt, allenfalls auch spät am Abend.
- Auf Abwechslung im Speiseplan achten und Wahlkomponenten anbieten.
- Nicht unmittelbar vor Mahlzeiten trinken, um ein Sättigungsgefühl durch Getränke zu vermeiden.
- Individuelle Vorlieben berücksichtigen – ältere Personen mögen häufig Süssspeisen.
- Die Energie- und Nährstoffdichte erhöhen – beispielsweise Breie und Saucen mit Pflanzenölen oder Rahm anreichern.
- Kalorienreiche Getränke, beispielsweise verdünnte Obstsafts, anbieten (Achtung: Blutzuckerkontrolle bei Diabetes).
- Ausreichend Zeit für die Mahlzeiten einräumen.
- Zur Bewegung animieren – körperliche Betätigung macht hungrig.
- Auf eine angenehme Atmosphäre bei Tisch achten – beispielsweise gemusterte Servietten oder Tischdekoration im Jahreskreis als kleine Überraschung.
- Frische Luft wirkt appetitanregend – den Raum vor dem Essen lüften.

Weiche Kost und Breikost

Viele ältere Personen benötigen eine konsistenzangepasste Kostform, beispielsweise wegen eines schlechten Zahnstatus, was das Kauen der Speisen erschweren kann. So hat uns eine ältere inhaftierte Person folgendes mitgeteilt: *«Ich habe fast alle meine Zähne verloren, alle während des Gefängnis-aufenthalts ... Und jetzt habe ich seit 17 Jahren oder so eine Zahnprothese, und die wurde kaputt und wurde mehrmals [vom Zahnarzt] repariert, aber er kann sie nicht mehr reparieren und jetzt kann ich den unteren Teil überhaupt nicht mehr benutzen ... [Das Essen ist] sehr mühsam geworden, weil ich an diesen Stellen nur [mit meinem Gaumen] drücken kann, ich kann nicht mehr kauen.»* Auch nach einem Schlaganfall oder aufgrund einer Demenzerkrankung können Schwierigkeiten beim Schlucken auftreten. Bei Verdacht auf eine Schluckstörung (Dysphagie) ist eine ärztliche Abklärung nötig, da die Gefahr des Verschluckens und Erstickens besteht. Häufig ist auch eine logopädische Diagnostik und Betreuung erforderlich.

In unserer Studie haben ältere inhaftierte Personen berichtet, dass die weiche Kost häufig nicht wirklich weich war und bei der Breikost die gesamte Mahlzeit püriert wurde – mit einem unappetitlichen Ergebnis: *«Das Problem ist, dass ich nicht beissen kann. Und dann haben sie zuerst versucht, die Sachen weich zu kochen. Das hat nicht geklappt, es war immer das gleiche Essen wie bei den anderen, und dann wurde empfohlen, dass sie versuchen sollten, es zu pürieren. Also nahmen sie das Fleisch, nahmen das Gemüse, alles in einen Topf und sch-sch-sch [imitiert das Geräusch eines Mixers]. Es hat ausgesehen wie Erbrochenes.»* Wenn ältere inhaftierte Personen eine konsistenzangepasste Ernährung benötigen, sollten Ernährungsberaterinnen für die Speiseplangestaltung beigezogen werden, damit die Betroffenen mit allen Nährstoffen versorgt werden und die Speisen die benötigte Konsistenz aufweisen.

Flüssigkeitsaufnahme fördern

Ältere Personen haben ein geringes Durstgefühl und nehmen somit häufig zu wenig Flüssigkeit auf. Zusätzlich können physiologische und krankheitsbedingte Faktoren zu einem Flüssigkeitsmangel bei älteren inhaftierten Personen beitragen. Als Richtwert gilt ein Flüssigkeitsbedarf von mindestens 1,5 Liter pro Tag an alkoholfreien Getränken (ausser ärztlich anders verordnet). Durch folgende Tipps kann die Trinkmenge erhöht werden:

- Das Vollzugspersonal und andere inhaftierte Personen sollten regelmässig an das Trinken erinnern und zum Trinken motivieren.
- Für Abwechslung bei den Getränken sorgen – unterschiedliche Teesorten, Säfte etc.
- Getränke zugänglich machen – Getränkekrüge in Gemeinschaftsräumen und Zellen aufstellen, Gläser immer wieder auffüllen.
- Trinkrituale einführen – zum Beispiel beim Betreten der Zelle immer trinken.

Links

- Die «Schweizer Lebensmittelpyramide» ist auf der Website der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung (www.sge-ssn.ch) abrufbar.
- Die Broschüre «Schweizer Ernährungsempfehlungen für ältere Erwachsene. Information für Fachpersonen und Multiplikatoren» sowie die «Qualitätsstandards für eine gesundheitsfördernde Gemeinschaftsverpflegung» sind auf der Website des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (www.blv.admin.ch) abrufbar.





**Spitalbett in der Bewachungsstation (BEWA) des
Inselspitals Bern.**

Foto: Peter Schulthess, 2019

Lebensende und Tod im Freiheitsentzug

Die Zunahme an älteren inhaftierten Personen wirft viele Fragen auf

Aufgrund der Zunahme an älteren inhaftierten Personen sind bereits Menschen im Freiheitsentzug gestorben und es werden noch vermehrt Menschen unter diesen Umständen sterben. Dies wirft viele Fragen auf: Was ist menschenwürdiges Sterben? Welches ist der richtige Ort zum Sterben? Ist Suizidhilfe eine Option? Wie sieht es mit Patientenverfügungen aus?

Sophie Haesen, Bernice Elger, Tenzin Wangmo und Helene Seaward

Im Freiheitsentzug wird nicht nur die Gruppe der älteren und alten Menschen grösser, sondern auch die der chronisch kranken Personen, die – etwa im Fall von chronischer Niereninsuffizienz – damit rechnen müssen, dass sich ihre Situation noch während ihrer Haft verschlechtert. Diese Entwicklung wird dadurch verstärkt, dass Menschen im Freiheitsentzug oft deutlich schneller altern als Gleichaltrige in der Allgemeinbevölkerung und sich ihr körperlicher und psychischer Zustand schneller verschlechtert. Das Thema «Lebensende im Gefängnis» wurde früher meistens im Zusammenhang mit Suizid oder Tötung von Gefangenen durch Mitgefangene behandelt. Die erwähnte Entwicklung deutet darauf hin, dass ältere inhaftierte Menschen in Zukunft vermehrt im Freiheitsentzug sterben werden.

Nicht im Freiheitsentzug sterben

Juristen, Ethikerinnen und Menschenrechtsorganisationen sind sich mehrheitlich einig, dass inhaftierte Personen nicht im Freiheitsentzug sterben sollten, weil an diesem Ort kein menschenwürdiges Sterben möglich sei. Zunächst aus einem praktischen Grund, weil Institutionen des Freiheitsentzugs für den Vollzug von Strafen und Massnahmen im Hinblick auf eine bestmögliche Resozialisierung konzipiert sind. Die meisten Straftaten werden von jüngeren Menschen verübt, die nach Verbüssung ihrer Freiheitsstrafe wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden sollen. Gesundheitsdienste sind für akute Krankheiten und unfallbedingte Verletzungen vorgesehen. Zu bedenken ist ferner, dass nach geltendem Recht bei der lebenslangen Freiheitsstrafe die bedingte Entlassung erstmals nach 15 Jahren geprüft wird.

Hinzu kommt ein philosophischer Grund, der vom Grundsatz ausgeht, dass nur ein Sterben in Freiheit und Frieden menschenwürdig sein kann. Anders als in der Vergangenheit ist man sich heute darüber einig, dass Menschen auch im Freiheitsentzug Menschenrechte besitzen und einen Anspruch auf eine menschenwürdige Behandlung haben. Weil inhaftierte Menschen unfrei sind und den Ort ihres Sterbens nicht selbstbestimmt wählen können, erachten Juristen und Ethikerinnen das Sterben im Freiheitsentzug mehrheitlich als menschenunwürdig.

Man kann diese Einschränkung dadurch relativieren, dass dieser Umstand nicht nur in Justizvollzugseinrichtungen gilt. Auch unter anderen Umständen wie Krieg, starke Schmerzen oder Armut sterben Menschen unter menschenunwürdigen Bedingungen. Auch Patienten auf einer Intensivstation, Bewohnerinnen eines Pflegeheimes und allgemein Personen in einer «totalen Institution» (an einem von der Gesellschaft abgesonderten Ort, wo das gesamte Leben stattfindet und alle Tätigkeiten geplant, vorgeschrieben und kontrolliert sind) können den Ort ihres Sterbens in der Regel nicht frei wählen.

Viele in Freiheit lebende Menschen möchten bei sich daheim sterben – allerdings geht dieser Wunsch längst nicht immer in Erfüllung. Viel eher sterben sie aufgrund von sozialen und medizinischen Umständen im Spital, in einem Pflegeheim oder in einem Hospiz. Zwei Prozent der Todesfälle gehen auf assistierten Suizid zurück, der in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen legal möglich ist.

BEWA oder in der Einrichtung bleiben?

Und wie geht das Sterben im Freiheitsentzug vor sich? Nur in den wenigsten Fällen wird die Person, deren Lebensende sich abzeichnet, begnadigt. Ein



Dr. Sophie Haesen ist Medizinethikerin und Historikerin. Sie promovierte zum Thema Gefängnisgesundheit und beschäftigt sich vor allem mit interkulturellen Schnittstellen in historischen, medizinethischen und aktuellen Kontexten.

«Ältere inhaftierte Menschen werden in Zukunft vermehrt im Freiheitsentzug sterben.»

Gnadengesuch zu stellen, ist in der Schweiz zwar im Prinzip für jede verurteilte Person möglich, doch werden sie nur selten gestellt und noch seltener gutgeheissen. Häufiger wird die betroffene Person, wenn sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abzeichnet, in ein Spital verlegt, da Pflegeheime es oft ablehnen, inhaftierte Personen aufzunehmen. Im Berner Inselspital gibt es eine Spezialabteilung für inhaftierte Personen, die vor allem Akutversorgung bietet, welche die Gesundheitsdienste der Justizvollzugseinrichtungen nicht leisten können. Schon die offizielle Bezeichnung dieser Abteilung, nämlich «Bewachungsstation» (BEWA), weist allerdings darauf hin, dass die Patienten durch das Justizvollzugspersonal beaufsichtigt werden und auch die Sicherheitsvorkehrungen – etwa vergitterte Fenster – vor allem dazu dienen, eine Flucht so weit wie möglich zu erschweren.

Die Präsenz von Polizei- und Justizbeamten, die oft notfallmässige Verlegung und die starke Isolierung des Patienten werfen die Frage auf, wie menschlich das Sterben in dieser Umgebung sein kann. Wäre es in manchen Fällen nicht besser, die

inhaftierte Person in der Justizvollzugseinrichtung zu behalten, die zu ihrem permanenten Wohnort geworden ist und mit den Mitinsassen und dem Personal die vertraute Umgebung darstellt? So wie die meisten Schweizer sich daheim zu sterben wünschen, auch wenn sie im Spital besser medizinisch versorgt werden können, ist dieser Wunsch auch bei einigen inhaftierten Menschen vorhanden. Allerdings fürchten sich gebrechliche oder kranke ältere Personendavor, infolge rigider Einschlusspraktiken einsam und unbemerkt in ihrer Zelle zu sterben.

Hospiz – eine Zwischenlösung

Eine Zwischenlösung für die Allgemeinbevölkerung stellen die Hospize dar. Hier sind die Mitarbeitenden auf Situationen und Fragen am Lebensende spezialisiert – anders als in Spitälern, wo manchmal die Patienten – auch gegen ihren Wunsch – selbst in aussichtslosen Situationen am Leben erhalten werden. Im Hospiz wird nicht nur auf eine möglichst körperlich leidensfreie letzte Zeit hingearbeitet, sondern es werden auch Themen

Extrabreite Zellentüren für die Spitalbetten, Justizvollzugspersonal, hoher Sicherheitsstandard. Schon zu viele Fluchten gelangten über den klassischen Weg einer Hospitalisierung. Die BEWA nimmt Patienten aus dem Justizvollzug aus der ganzen Schweiz auf. Die medizinischen Behandlungen und Eingriffe finden unter entsprechender personalintensiver Sicherheitsbegleitung in den normalen Kliniken des Inselspitals statt. Foto: Peter Schulthess, 2016



besprochen, die anderswo ein Tabu darstellen könnten: Wie geht das Sterben vor sich? Welche letzten Wünsche gibt es? Was kann man gegen Schmerzen tun, vor denen man sich fürchtet? Was kommt vielleicht nach dem Tod – wie geht man mit dem Nichtwissen und der Unsicherheit um?

Je nach der persönlichen Situation – etwa dem Delikt oder Art und Dauer der Haftstrafe – kann eine inhaftierte Person am Lebensende bedingt entlassen oder in Halbgefangenschaft versetzt und in ein Hospiz verlegt werden, sofern ein Platz verfügbar ist. Die Möglichkeit des Sterbens im Hospiz ist verwahrten Personen in der Praxis bisher verwehrt, obwohl sie einen wünschenswerten Weg zwischen Freiheitsentzug und Spital darstellen könnte.

Assistierter Suizid

Eine Eigenheit der Schweiz ist der erwähnte assistierte Suizid, der Patienten nach Diskussion mit ihrem Arzt und der Feststellung der Zurechnungsfähigkeit offensteht. Lange wurde darüber diskutiert, ob diese Möglichkeit auch inhaftierten Personen zugänglich sein sollte. Im Jahr 2023 trat dann der

Präzedenzfall ein. Ein 72-jähriger verwahrter Mann, der an verschiedenen chronischen Krankheiten wie COPD sowie Herz- und Niereninsuffizienz litt, erkämpfte sich das Recht auf einen assistierten Suizid mit der Sterbehilfeorganisation Exit. Dieser Fall ging aus verschiedenen Gründen durch die Medien. Einerseits fanden manche Kritiker, dass dies eine zu einfache Möglichkeit darstelle, der Strafe zu entgehen. Diesem Argument wurde jedoch entgegnet, dass der Mann seine Strafe bereits verbüsst hatte und wegen des Rückfallrisikos verwahrt worden war. Andere Kritiker machten geltend, dass es im Freiheitsentzug keine wirkliche Wahlmöglichkeit gebe. Allerdings erschwerte die Krankheit auch für die in Freiheit lebenden chronisch kranken Menschen diese Entscheidung, die niemals leicht ist und nicht ohne zwingenden Grund getroffen wird.

Das Altern und Sterben thematisieren

Die Problematik des Sterbens im Freiheitsentzug stellt sich nicht nur in der Schweiz. Auch in anderen Ländern steigt der Anteil der älteren und gebrechlichen inhaftierten Personen. In den USA stieg der

«Je nach der persönlichen Situation kann eine inhaftierte Person am Lebensende bedingt entlassen oder in Halbgefangenschaft versetzt und in ein Hospiz verlegt werden.»

Stimmen von inhaftierten Personen

«Sie müssen nicht aus jedem Todesfall, sei es aus Altersgründen oder wegen einer Krankheit, ein grosses Aufheben machen, aber sie könnten [zumindest] eine Ankündigung machen, einen kleinen Zettel, auf dem steht, dass der Insasse so und so gestorben ist.»

«Diejenigen, die älter sind, sollen ihren Lebensabend unter humaneren Bedingungen verbringen können, die eher dem entsprechen, was außerhalb der Justizvollzugsanstalten passiert.»

«Und ein schwieriger Fall, der hier passiert ist ... Ich habe es tatsächlich ein wenig persönlich genommen, wie diese Person gestorben ist. Ich denke, dass es für seine Familie transparenter hätte sein sollen. Wissen Sie, es gibt diese strengen Besuchszeiten, richtig? Und sie halten sich stur an diese Besuchszeiten...»

«Ich habe mich ... vor ein paar Jahren, also es sind jetzt drei Jahre, bei der Exit angemeldet. Denn ich werde durch Gutachter, bei denen, mit diesen ähm Werten, die sie mir sagen, die sie mir attestieren, 30 und 31, als chronisch krank eingestuft, denn Psychopathie ist bei mir ähm so wie sie es deklarieren, nicht heilbar, also nicht therapierbar. Also bin ich chronisch krank. Und dann muss ich einfach sagen nach über 23 Jahren Kiste, muss ich einfach sagen «Entschuldigung.» Jetzt bin ich soweit, ich habe zwar sehr viel profitiert in diesen Jahren für mich selber, für meine persönliche Entwicklung. ... Ich hätte sicher ein Haufen Sachen nie lesen können, die ich in dieser Zeit lesen konnte. Ich hätte sicher auch nie eine Computeranwenderprüfung gemacht, wenn ich draussen geblieben wäre, oder? Aber dann muss ich sagen, «Entschuldigung jetzt ist die Lebensqualität für mich so weit abgesunken, jetzt ist fertig.»»

Stimmen von Gesundheitsexperten

«Ich denke an einen Patienten, der am Lebensende war und ein rückfälliger Pädophiler war, der verwahrt wurde, also hatte er darum gebeten, für den Rest seines Lebens in einem Pflegeheim untergebracht zu werden, was vielleicht gar nicht so schlecht gewesen wäre, aber da er als zu gefährlich eingestuft wurde, ist er nicht im Gefängnis gestorben. Er ist in einer Abteilung des Genfer Krankenhauses gestorben, die Häftlinge aufnimmt, aber er ist gestorben, aber es gab einen Moment, in dem man ihn wirklich zwingen musste, das Gefängnis zu verlassen, weil er im Gefängnis bleiben wollte, aber dann das Risiko einzugehen, dass er im Gefängnis stirbt, das ist – das war – das erschien uns doch sehr kompliziert.»

«Und für mich ist jetzt zum Beispiel das Wichtigste gewesen im letzten Monat, dass ich eine Patientenverfügung und ein Organspendeausweis habe, weil klar, kann man auch mit 20 sterben, aber ich bin einfach an einem anderen Punkt, die 20-Jährigen, die denken alle nicht an das.»

«Also, ich glaube, was mich wichtig dünkt ist, dass ältere Menschen, auch wenn sie Gefangene oder Massnahmenpatienten sind,

halt auch etwas dazu sagen können, wo sie sein möchten. Und ich finde, ich bin zum Beispiel nicht dafür, dass man einfach sagt, sterben im Gefängnis kommt nicht in Frage, sondern wenn jetzt jemand zum Beispiel 20, 30 oder 40 Jahre im Gefängnis ist und ... einfach ringsum alles weg gebrochen ist an Aussenkontakt und seine engsten Bezugspersonen nachher die Vollzugsangestellten sind ..., von dieser Person dann zu verlangen, dass sie ihre letzten Lebensstage noch ausserhalb verbringt, das finde ich jetzt persönlich, nicht richtig.»

«Die Verlegung in ein Gefängnishospiz könnte rechtzeitig und ohne die mit einer Spitalverlegung häufig verbundenen Hektik geschehen, was bessere Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben schaffen würde.»

Anteil der über 55-jährigen inhaftierten Personen von 1999 bis 2016 um 280 %, und gemäss manchen Prognosen wird im Jahre 2030 ein Drittel der inhaftierten Personen über 55 Jahre alt sein. Die Diskussion um Gefängnishospize ist in den USA also noch dringlicher. Dennoch besteht auch in der Schweiz Handlungsbedarf bezüglich der Situation von älteren inhaftierten Personen. Die personelle Ausstattung der Gesundheitsdienste von Justizvollzugseinrichtungen ist namentlich im Bereich der Akutversorgung oft unzureichend. Auch wenn die meisten Mitarbeitenden ihre Aufgabe ernst nehmen, sind sie häufig überlastet (was allerdings auch für Spitäler und Hospize gilt). Spezielle Probleme älterer Personen können in diesem Kontext oft nicht befriedigend behandelt werden. Justizvollzugseinrichtungen sind in der Schweiz vergleichsweise wenig sichtbar, sodass die Allgemeinbevölkerung mit diesem Aspekt des Lebens und Sterbens kaum konfrontiert wird. So werden sowohl allgemein das Lebensende als auch besonders schwierige Situationen am Lebensende ausgeblendet.

Aus diesem Grunde ist es wichtig, mit den inhaftierten Personen über das Altern und Sterben im Freiheitsentzug zu diskutieren. Bei einem Spitaleintritt werden ältere Patienten routinemässig nach einer Patientenverfügung gefragt und auch ermutigt, ein solches Dokument abzufassen. Auch in einer Justizvollzugseinrichtung sollte dieses Thema vor allem mit älteren inhaftierten Personen proaktiv besprochen werden, da im Falle einer Verlegung in ein Spital sehr viel Zeit auf administrative Abläufe verwendet

wird und sich möglicherweise keine Möglichkeit bietet, um dieses Thema spontan anzuschneiden. Solche Fragen sollten auch in die Ausbildung des Justizvollzugspersonals aufgenommen werden. Zeichnet sich eine dauernde Verschlechterung des Gesundheitszustands ab, sollten die Optionen am Lebensende, namentlich die Palliativpflege, ebenfalls aktiv angesprochen werden. Erste Schritte wurden bereits eingeleitet. So ist in der Abteilung 60plus der JVA Lenzburg (siehe Seite 20) eine Sterbebegleitung grundsätzlich möglich, wurde allerdings bisher noch nie bis zum Tod durchgeführt.

Vorteile eines Gefängnishospizes

Zu überlegen ist auch die Einrichtung eines schweizerischen Gefängnishospizes – in diesem Fall müsste die betreffende Person nur innerhalb des Justizvollzugs verlegt werden. Diese Verlegung könnte rechtzeitig und ohne die mit einer Spitalverlegung häufig verbundenen Hektik geschehen, was bessere Bedingungen für ein menschenwürdiges Sterben schaffen würde. Ein Vorteil wäre zudem, dass nicht jede Einrichtung eine Einzellösung finden müsste und geschultes Palliativpersonal angestellt werden könnte.

In jeder Konstellation sollten die Präferenzen der inhaftierten Person so weit wie möglich respektiert werden – denn das Sterben ausserhalb der Mauern ist nicht automatisch menschenwürdiger als im Freiheitsentzug.

S. 63: Zelle 344 von oben (siehe auch Titelbild und Legende auf S. 3). Beide Bilder entstanden in der JVA Lenzburg im Flügel III vor dessen Renovation. Die Insassen nehmen alle Mahlzeiten in ihren Zellen ein und dürfen in ihren Zellen auch selber kochen. Das Kochgeschirr und das Gas – sowie alle übrigen elektronischen Geräte, Gegenstände und individuellen Lebensmittel – müssen sie mit ihrem Arbeitsentgelt (Pekulium) bezahlen, den Gaskocher und Fernseher können sie mieten. Die Zelle des schon sehr lange Verwahrten ist karg eingerichtet: PC, Stereoanlage, ein Weltempfänger, eine Postkarte vom Thunersee und auf einem Brett über der Zellentüre drei Pfannen und der Kocher. Im Kasten neben der Küchenspüle befindet sich die Toilettenschüssel.

Foto: Peter Schulthess, 2015

Impressum

Herausgeber: Bundesamt für Justiz, Fachbereich Straf- und Massnahmenvollzug, Ronald Gramigna (ronald.gramigna@bj.admin.ch)

Redaktion: Folco Galli (folco.galli@bluewin.ch)

Übersetzung: Evelyn Carrel

Administration und Logistik: Marie-Lys Erard (marie-lys.erard@bj.admin.ch)

Layout und Satz: Peter Schulthess

Druck und Versand: Courvoisier-Gassmann SA, Biel/Bienne

Bestellung, Anfragen und Adressänderungen Printversion:

Bundesamt für Justiz, Fachbereich Straf- und Massnahmenvollzug, CH-3003 Bern; +41 58 462 41 46, marie-lys.erard@bj.admin.ch

Internetversion: www.prison-info.ch

Copyright/Abdruck: © Bundesamt für Justiz (Abdruck unter Quellenangabe erwünscht mit der Bitte um Zustellung eines Belegexemplars.)

49. Jahrgang, 2024 / ISSN 2571-5119



#prison-info

Die letzte Seite

Blick über die Grenze. Das Gefängnis von Porto (Estabelecimento Prisional do Porto) ist mit 960 Insassen auf 675 Plätzen das zweitgrößte in Portugal. Einzelzellen gibt es nur in der Arrestabteilung. Die Tage sind lang, die Zellen mit 143% stark überbelegt. Es gibt keine Arbeitspflicht und somit auch kaum Arbeit, die Struktur und Abwechslung gibt. Alt und Jung sind gemischt, was ich als «Best Practice» wahrgenommen habe. In dieser Gemeinschaftszelle liessen sich die vier beim Kartenspiel unbeeindruckt fotografieren. Eine fast schon familiäre, ungezwungene Szenerie.

Foto: Peter Schulthess, 2022. www.prisonphotoproject.pt



#prison-info

Numéro
spécial
2024

La revue de l'exécution des peines et mesures

Détenus âgés

4 – 64

**Les détenus vieillissent
plus vite et meurent
plus tôt**

6

**Fin de vie et mort
derrière les
barreaux**

59



University
of Basel



Fonds national
suisse



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Office fédéral de la justice OFJ



Marianne Heer, conseillère dans le domaine des mesures de droit pénal

Les seniors sont de plus en plus nombreux dans l'exécution des peines et des mesures – un phénomène qui s'explique par des sanctions toujours plus longues en raison d'un esprit sécuritaire plus marqué et parfois excessif. Cette hausse de la population carcérale âgée est longtemps passée quasi inaperçue. Les responsables de l'exécution n'ont véritablement pris la mesure des problèmes qui en découlent que récemment. Aujourd'hui encore, les institutions **ne tiennent pas suffisamment compte des besoins spécifiques des détenus âgés** dans de multiples domaines. Le vieillissement commence aussi tout juste à recevoir l'attention qu'il mérite en relation avec les allègements dans l'exécution, la libération d'une mesure thérapeutique ou de l'internement ou les expertises de risque. Résultat : il n'est pas rare que la dangerosité réelle des personnes concernées ne soit pas appréciée tout à fait comme elle le devrait.

Des **mesures s'imposent** de toute urgence. Les thérapeutes, de même que le personnel pénitentiaire et les plus hauts responsables de l'exécution et de la justice, doivent s'intéresser davantage à ce groupe particulièrement vulnérable de détenus et de patients. La recherche et la formation doivent s'intensifier dans ce domaine. Les projets de recherche « Agequake » menés par la professeure Bernice Elger, directrice de l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Bâle, apportent une contribution utile et importante pour améliorer la situation. L'équipe de chercheurs a étudié de façon experte et approfondie les différents **problèmes** associés à une longue privation de liberté et au vieillissement croissant des détenus. Elle a, entre autres choses, abordé très légitimement la gestion de la solitude, de la maladie et de la fin de vie. Dans ce domaine, un **devoir d'assistance** particulier incombe à l'État, car c'est lui qui a ordonné la privation de liberté. Il faut saluer le fait que ces travaux de recherche ont été conduits en tenant compte de la réalité du terrain et avec la collaboration des institutions concernées. Cela renforce l'acceptation et favorise la mise en œuvre.

Version en ligne :



Sommaire

Coup de projecteur : Détenus âgés

Dix ans durant, une équipe de chercheuses et de chercheurs a passé sous la loupe les besoins physiques, psychiques et sociaux des détenus âgés dans les établissements pénitentiaires helvétiques. Dans ce numéro spécial de #prison-info, elle présente les principaux résultats de ses travaux à un plus large public.

- 4 Santé physique et psychique des détenus âgés
- 6 Les détenus vieillissent plus vite et meurent plus tôt
- 11 Hébergement des détenus âgés
- 16 Un concept venu du Canada : les jeunes soutiennent leurs aînés
- 20 Vieillir dans la section 60plus
- 26 Faire du sport en s'amusant
- 29 Différentes formes d'exécution pour répondre à différents besoins
- 33 Favoriser la confiance et la motivation dans le contexte de la contrainte et du contrôle
- 40 Il faut davantage d'institutions qui offrent une prise en charge intensive et un niveau de sécurité moindre
- 46 L'isolement et la solitude affectent bon nombre de détenus âgés
- 50 Particularités de l'alimentation chez les détenus âgés
- 59 Fin de vie et mort derrière les barreaux



Photo: Peter Schulthess



Photo: Peter Schulthess



Un homme interné, né en 1946, écoute le bruit de fond provenant de la masse des autres détenus à la porte de la cellule 344, dans l'aile III de l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg. En 2015, 19 personnes étaient internées dans l'établissement. Voir aussi p. 63.
Photo : Peter Schulthess, 2015

Santé physique et psychique des détenus âgés

« Agequake 1 » et « Agequake 2 » : regard sur dix ans de recherche

Au cours des dix dernières années, l'équipe de chercheurs dirigée par la professeure Bernice Elger a réuni un ensemble volumineux de données et de nouvelles connaissances sur les détenus âgés dans les établissements pénitentiaires helvétiques. Les deux grands projets financés par le Fonds national suisse (FNS), « Agequake 1 » et « Agequake 2 », ont passé sous la loupe les besoins psychiques, physiques et sociaux de ce groupe de population.

Helene Seaward, Bernice Elger et Tenzin Wangmo

« En diffusant notre vaste corpus de données et en encourageant les échanges critiques avec des spécialistes et des non-spécialistes, nous voulons favoriser la réflexion sur ce thème rarement abordé. »

Avec ce numéro spécial du magazine #prison-info financé lui aussi par le FNS dans le cadre d'un projet visant à promouvoir le dialogue entre la science et la société (projet Agora), nous mettons les résultats de nos études et analyses déjà publiés dans des revues scientifiques internationales à la disposition du personnel pénitentiaire et de la population. D'autres activités seront organisées en parallèle. Une exposition itinérante de photos sera au cœur de divers ateliers et tables rondes. Un dépliant résumant succinctement les principales informations sera en outre élaboré spécifiquement pour les détenus âgés. En nous appuyant sur ces médias écrits, visuels et audio, nous souhaitons transmettre notre savoir spécialisé aux écoliers et aux étudiants, au personnel pénitentiaire et médical ainsi qu'au public.

Ce projet vise à sensibiliser la collectivité à une question dont on parle peu, mais qui n'en est pas moins d'une brûlante actualité. En diffusant notre vaste corpus de données et en encourageant les échanges critiques avec des spécialistes et des non-spécialistes, nous voulons favoriser la réflexion sur ce thème rarement abordé et mieux faire connaître celles et ceux qui vivent dans notre pays en restant invisibles.

Objectifs et méthodologie des projets de recherche

L'objectif premier des projets de recherche « Agequake 1 » et « Agequake 2 » était de dresser un état des lieux de la santé physique et mentale de ce groupe de population. Nous nous sommes intéressés aux normes actuelles en matière de traitement médical, de même qu'aux défis, aux déficits et aux solutions possibles et nous avons étudié toute une série de questions en recourant à une méthodologie mixte. Pour ce faire, nous avons réuni des données qualitatives et quantitatives et passé systématiquement en revue la littérature spécialisée sur le sujet.

Collecte de données qualitatives

Par collecte de données qualitatives, nous voulons dire que nous avons mené des entretiens en posant des questions ouvertes sur certains thèmes qui présentaient de l'intérêt pour notre projet. Les participants pouvaient nous faire part de leurs réflexions et de leurs points de vue lors de la discussion. Pour examiner ces thèmes sociaux complexes qui n'ont que peu été étudiés en Suisse et à l'étranger, une méthode exploratoire qualitative est idéale. Elle offre un aperçu d'un large éventail d'opinions, de ressentis

et de processus de décision en faisant ressortir des nuances qu'il est difficile de cerner avec des chiffres. Nous nous sommes avant tout intéressés aux expériences réalisées avec le vieillissement derrière les barreaux, à la vie avec un trouble psychique et aux avis des détenus sur les soins de santé. Pour ce faire, nous avons adopté une double perspective, en recueillant le point de vue des détenus âgés, mais aussi du personnel de santé. Nous avons ainsi pu acquérir des connaissances particulièrement précieuses, la voix des personnes concernées étant souvent trop peu prise en compte.

Pour compléter le tableau, nous avons interrogé des experts à l'étranger sur les expériences qu'ils ont faites avec des détenus âgés, car on observe une évolution similaire dans d'autres pays. Certaines caractéristiques fondamentales de ce groupe d'âge sont comparables, comme la charge de morbidité élevée, l'important recours aux services de santé dans les établissements pénitentiaires et le besoin accru de soutien pendant l'exécution de la sanction et après la libération. Il est intéressant d'avoir l'avis de spécialistes étrangers, car cela peut mettre en lumière des points de vue qui se rejoignent sur les défis qui se posent, mais aussi des opinions divergentes quant aux stratégies à adopter pour les relever, stratégies qui pourraient servir d'exemples en Suisse.

Collecte de données quantitatives

La récolte quantitative de données, c'est-à-dire de chiffres objectivables, nous a permis d'obtenir une image des problèmes de santé des détenus âgés en Suisse. Pour cela, nous avons compilé et analysé des informations tirées de dossiers médicaux de détenus jeunes et âgés. Nous avons en outre ausculté des aspects spécifiques du traitement, par exemple le type de traitement psychiatrique et psychothérapeutique que reçoivent les seniors en détention ou la fréquence à laquelle tel ou tel médicament leur est prescrit. La comparaison avec des détenus plus jeunes permet de mieux cerner les différences entre les deux groupes d'âge.

Ce numéro spécial expose les principaux résultats de nos travaux sous une forme compacte. Nous examinons en détail la santé des détenus âgés et les besoins qui en découlent au niveau de l'hébergement et de la prise en charge. Nous mettons en lumière le besoin considérable d'assistance sur le plan mé-



dical et social ainsi que le risque de récidive moins élevé que présente ce groupe d'âge. Nous montrons comment une alimentation adaptée peut réduire le risque de dénutrition chez les seniors et nous nous penchons sur les conséquences de l'isolement et de la solitude dans le cadre de la privation de liberté. Nous faisons également un petit tour du côté des établissements pénitentiaires de Lenzbourg, Pöschwies et Soleure, qui nous donnent un aperçu de leurs expériences et de leur engagement actuel en faveur des détenus âgés. Nous présentons par ailleurs le potentiel et les risques des interventions par les pairs, dans lesquelles de jeunes détenus aident leurs aînés à accomplir les gestes du quotidien. Pour conclure, nous nous intéressons à la question de la fin de vie et de la mort, qui revêt une importance croissante.

À travers ce numéro spécial, nous aimerions remercier toutes les institutions qui se sont mobilisées pour nous soutenir activement et avec une belle motivation dans la récolte des données. Nous espérons que ce magazine contribuera au transfert de la recherche à la pratique. Pour que les choses avancent, une étroite collaboration entre ces deux domaines est en effet indispensable.

Bernice Elger, Helene Seward et
Tenzin Wangmo
Photo: Peter Schulthess, 2024

Bernice Elger, professeure ordinaire, dirige l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Bâle et l'unité Droit médical, éthique et médecine humanitaire du Centre universitaire de médecine légale à Genève.

Tenzin Wangmo, privat-docent, est chercheuse et directrice adjointe de l'Institut d'éthique biomédicale. Elle s'intéresse avant tout à l'éthique, à la santé et au vieillissement.

Helene Seward est chercheuse à l'Institut d'éthique biomédicale et psychothérapeute à l'Université de Bâle. Ses domaines d'étude sont l'éthique, le vieillissement et la relation médecin-patient.

Liens

Des informations complémentaires sur les deux projets de recherche sont disponibles sur le site internet du Fonds national suisse sous
<https://data.snf.ch/grants/grant/166043>
et <https://data.snf.ch/grants/grant/208326>.

Exposition itinérante

Dates des expositions
prévues en 2024



Les détenus vieillissent plus vite et meurent plus tôt

Les troubles physiques et psychiques explosent dans la population carcérale à partir de 50 ans

Les seniors constituent le groupe d'âge le plus hétérogène dans la population générale. Il en va de même dans les établissements pénitentiaires. On peut néanmoins dégager certaines tendances : les détenus âgés ont davantage besoin de soins que leurs cadets et que les personnes du même âge en liberté. Derrière les barreaux, on entre déjà dans la catégorie des « vieux » à 50 ans. Si l'adoption de cette limite d'âge facilite la planification des ressources pour la prise en charge médicale, elle ne devrait pas nous empêcher de considérer les différentes personnes dans toute leur individualité ; certains quinquagénaires sont capables d'exécuter un saut périlleux, d'autres une roulade.

Helene Seward, Tenzin Wangmo et Bernice Elger

« La subdivision en classes d'âge facilite la comparaison des résultats des études scientifiques et la formulation d'une politique publique. »

Demander son âge à quelqu'un, quel manque de courtoisie ! L'essentiel, de toute façon, c'est de paraître plus jeune, n'est-ce pas ? 40 est le nouveau 30, et la vie commence vraiment à 60 ans. Mais que nous disent ces chiffres ? Est-on vieux à tel ou tel âge ? Et où tracer la limite ?

La notion de vieillesse est subjective ; on a l'âge que l'on se donne. L'âge chronologique et l'âge biologique – c'est-à-dire l'âge perçu – sont deux choses différentes. Le premier indique le nombre d'années écoulées depuis la naissance, le second reflète l'état de santé. L'âge subjectif varie donc d'un individu à l'autre, et on observe aussi des disparités au sein d'une même classe d'âge. Alors qu'une personne de 50 ans se sentira jeune et courra sans problème le marathon, une autre aura déjà du mal à monter les escaliers en abordant la cinquantaine. L'âge chronologique fournit néanmoins une bonne indication de l'état de santé moyen d'une classe d'âge. Ainsi, le risque d'être atteint d'une maladie chronique augmente nettement avec les années ; en moyenne, un groupe d'ainés sera donc moins en forme qu'un groupe plus jeune.

L'âge chronologique permet en outre de définir des limites d'âge unifiées, ce qui favorise une compréhension commune des personnes qui constituent une population donnée. Cette subdivision en classes d'âge facilite la comparaison des résultats des études scientifiques et la formulation d'une politique publique – la planification des soins au niveau national et institutionnel, par exemple.

Une limite d'âge différente

Dans la population générale, on fixe souvent la frontière entre jeunes et vieux à 65 ans. Mais dans les établissements pénitentiaires, on considère qu'un individu est déjà vieux à 50 ans. Comment se fait-il que l'on prenne quinze ans d'un coup lorsqu'on franchit le seuil d'une prison ? Il faut savoir que l'état de santé moyen de la population carcérale s'écarte sensiblement de celui de la population en liberté. Une personne ne vieillit bien sûr pas subitement au moment où elle est incarcérée. La probabilité qu'elle appartienne à un groupe qui présente des facteurs défavorables en termes de vieillissement est toutefois plus grande. L'alimentation, le sommeil,

Remise de méthadone dans la prison de Gmünd. Photo : Peter Schulthess, 2016

l'activité physique, le stress chronique, la consommation de substances psychoactives, les conditions de logement, le niveau d'éducation et l'entourage social et familial sont autant d'éléments qui peuvent jouer un rôle.

Deux explications

Le vieillissement prématuré observé dans la population carcérale s'explique avant tout par deux raisons : le mode de vie avant l'incarcération d'une part, et l'influence de la détention elle-même d'autre part. On a constaté en effet que les auteurs d'actes punissables sont plutôt issus d'un milieu défavorisé et qu'ils ont un statut socio-économique inférieur. Ils présentent en outre souvent une consommation excessive d'alcool et de drogues et ont de mauvaises habitudes alimentaires ; ils négligent leur hygiène personnelle, ont un accès insuffisant aux soins médicaux et ont vécu des expériences traumatisantes. De manière générale, ils ont tendance à adopter un comportement à risque. On suppose par ailleurs que la détention en soi a un impact sur la santé en raison de la séparation d'avec la famille, du risque d'isolement, de la solitude, de la peur d'être victime de violences et d'un accès aux soins de santé plus compliqué.

Mais pourquoi avoir retenu précisément l'âge de 50 ans pour tracer la limite entre jeunes et vieux ? Avant tout parce que la prévalence des troubles physiques et psychiques – c'est-à-dire la proportion de personnes concernées – explose à partir de 50 ans dans la population carcérale. Des études comparatives mettent en évidence un décalage de 10 à 15 ans entre l'état de santé des détenus et celui de la population générale. Autrement dit, l'état de santé et la condition physique d'un détenu de 55 ans correspondent à ceux d'une personne de 70 ans en liberté. On attribue ce phénomène à une charge accrue liée à la maladie, au handicap, aux limitations



fonctionnelles et aux pathologies chroniques. En simplifiant, on peut dire qu'en moyenne, les détenus vieillissent plus vite et meurent plus tôt.

Le vieillissement de la population carcérale, son augmentation, son hétérogénéité et sa charge de morbidité élevée font peser des coûts supplémentaires sur le système de santé. Si on ne dispose pas d'analyses détaillées des dépenses occasionnées par les détenus âgés en Suisse, des estimations réalisées dans d'autres pays montrent que la hausse des coûts dans les établissements de privation de liberté est essentiellement due à des dépenses de santé élevées ; les seniors entraîneraient des coûts trois à cinq fois plus importants que leurs cadets.

Vieillir dans un environnement jeune

Pour ce qui est de l'âge subjectif, il est important, lorsqu'on procède à une comparaison, de tenir compte de ce qui constitue la normalité dans l'univers carcéral. Étant donné que la majorité des détenus sont jeunes et que les lieux de privation de liberté ont été pensés pour cette catégorie d'âge,

« Des estimations réalisées dans d'autres pays montrent que la hausse des coûts dans les établissements de privation de liberté est essentiellement due à des dépenses de santé élevées. »

« Les problèmes liés à l'âge ressortent plus nettement quand on vieillit dans un environnement jeune. »

les aînés se sentent souvent vieux tôt. Les établissements pénitentiaires ont été conçus pour des personnes jeunes et actives ; ils ne sont pas adaptés à une population vieillissante, d'une part parce que les centres d'intérêt divergent ; les détenus âgés sont par exemple souvent incommodés par le bruit de leurs cadets tard le soir. D'autre part, les facteurs liés à l'environnement carcéral peuvent rendre le quotidien plus difficile, car les changements physiques se font sentir plus tôt. Les détenus âgés souffrent plus fréquemment de limitations fonctionnelles que le milieu carcéral peut faire ressortir plus vive-

ment. Ainsi, dans un établissement qui comporte un grand nombre d'escaliers, un détenu âgé qui a du mal à marcher se déplacera plus rarement dans les parties communes et se dépensera moins à l'extérieur. Il pourra avoir l'impression d'être diminué et éprouver le sentiment subjectif d'être vieux. Les problèmes liés à l'âge apparaissent plus nettement quand on vieillit dans un environnement jeune.

Une population carcérale âgée en hausse

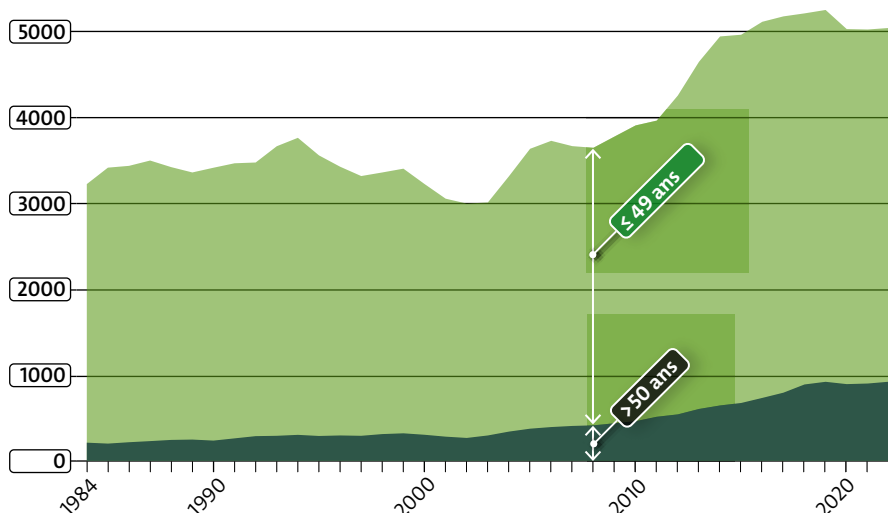
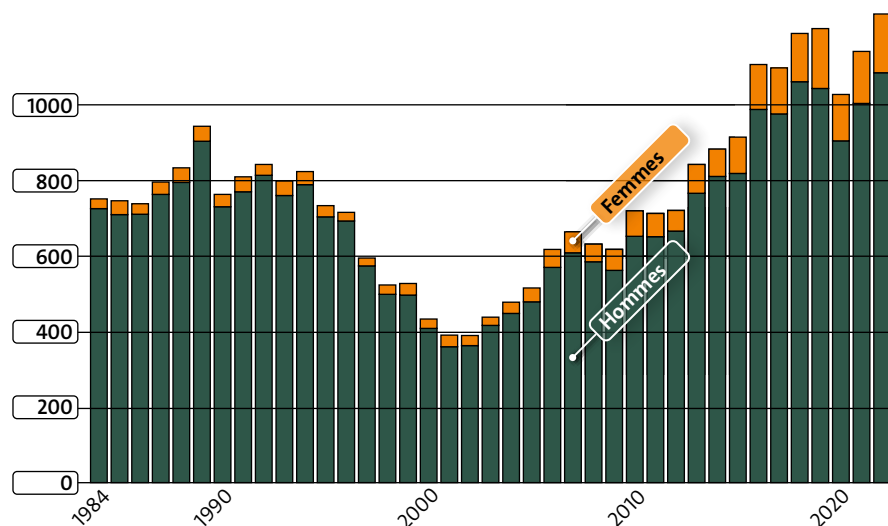
Dans les pays industrialisés, les seniors constituent le groupe d'âge qui croît le plus rapidement dans les établissements pénitentiaires. En Suisse, par exemple, la part des détenus de 49 ans et plus a bondi de 6,6 % en 1984 à 18,05 % en 2021. En Angleterre et au Pays de Galles, les 50 ans et plus représentaient 16 % de la population carcérale totale en 2020. Aux États-Unis, la proportion d'hommes de 55 ans et plus derrière les barreaux est passée de 3,42 % en 2000 à 16 % en 2021. Au Canada, les détenus de 50 ans et plus constituent une part impressionnante (25 %) de la population carcérale. Par ailleurs, on observe une nette hausse du nombre de personnes détenues en vertu du droit pénal préventif, la croissance la plus forte étant enregistrée chez les seniors ; en Suisse, ils étaient 8 % en 1984 et 27 % en 2021. En d'autres termes, pratiquement une personne sur trois qui exécute une mesure fait partie de la population âgée ; les aînés ne sont donc pas l'exception, mais plutôt la règle.

Cette croissance exponentielle est due à la conjonction de plusieurs tendances. Le vieillissement de la société se reflète dans la population carcérale. La hausse du taux de criminalité chez les seniors, par exemple, entraîne une augmentation de la population âgée dans les établissements pénitentiaires. La progression de cette classe d'âge est toutefois essentiellement liée à des peines plus sévères et à des pratiques plus strictes dans l'exécution des sanctions. Des peines privatives de liberté plus longues et une politique restrictive en matière de libération conditionnelle ont pour effet que davantage de personnes vieillissent derrière les barreaux.

Trois catégories de détenus âgés

Compte tenu du nombre croissant de détenus âgés, on fait la distinction entre trois grands groupes, qui se différencient par leurs caractéristiques et leurs besoins.

1. Les personnes qui ont commis une infraction dans leur jeune âge et qui ont vieilli derrière les barreaux parce qu'elles ont été condamnées à une longue peine. En règle générale, ces personnes se sont habituées à la vie de l'établissement. Beaucoup vieilliront et mourront en prison ou auront du mal à se réinsérer.



2. Les personnes qui, au cours de leur vie, ont effectué plusieurs séjours derrière les barreaux. Ces multirécidivistes ne disposent souvent pas des compétences nécessaires pour vivre en société. Dans bien des cas, ils présentent une consommation de drogue problématique et d'autres maladies concomitantes.
3. Les personnes qui ont été incarcérées pour la première fois sur le tard. Elles ont souvent du mal à s'adapter à l'univers carcéral. Ce sont celles

qui risquent le plus d'être prises pour cibles par d'autres détenus. Dans bien des cas, elles entretiennent encore avec la collectivité des liens sur lesquels elles peuvent s'appuyer et qu'elles aimeraient maintenir. Ces primo-délinquants estiment qu'ils ont apporté une contribution à la société et ne se considèrent fréquemment pas comme des criminels.



Mobilité réduite : prothèse de jambe d'un détenu dans la cabine téléphonique, établissement pénitentiaire de Gmünden.
Photo : Peter Schulthess, 2016



Vue sur la clôture, le mur et la forêt depuis la section AGE dans l'établissement pénitentiaire de Pöschwies. Voir aussi les photos p. 27 et 32.

Photo : Peter Schulthess (2019)

Hébergement des détenus âgés

Intégration, ségrégation ou section spéciale séparée au sein de l'établissement ?

Les établissements pénitentiaires devraient être un reflet de la société. La création d'une section spéciale séparée pour les détenus âgés au sein de ces institutions permet d'assurer la continuité des relations et favorise les échanges entre les générations tout en tenant compte des besoins spécifiques des aînés en matière de santé et de logement.

Helene Seward, Tenzin Wangmo et Bernice Elger

« Aller en EMS ? Jamais de la vie ! » Qui n'a jamais entendu cette petite phrase dans la bouche de ses parents ou dans son cercle d'amis et de connaissances ? Les homes pour personnes âgées ne jouissent pas d'une réputation particulièrement flatteuse, que ce soit auprès des seniors ou du personnel de ces institutions. Quand on a le choix, on ne séjourne pas en EMS. Mais que faire lorsque la santé décline et que le besoin de soins augmente ? Et où placer les détenus âgés, dont le nombre va croissant ? Dans un établissement médico-social, justement ?

Les établissements pénitentiaires ont été conçus pour des personnes jeunes et actives ; ils ne peuvent pas être adaptés sans autres aux besoins d'une population âgée. Derrière les barreaux, les seniors présentent plus fréquemment des limitations fonctionnelles que certains aspects de l'environnement carcéral peuvent faire ressortir et qui rendent l'accès aux infrastructures plus difficile. Parmi les limitations physiques caractéristiques dans cette classe d'âge, on peut relever par exemple une mobilité réduite et des troubles de la vue et de l'audition, qui constituent un handicap supplémentaire. Compte tenu de la proportion croissante de détenus âgés et de leurs besoins élevés sur le plan de la santé, la question qui se pose est la suivante : comment

adapter la prise en charge médicale et planifier l'hébergement et les transferts pour répondre aux besoins des aînés ? Faut-il en particulier continuer à soumettre les détenus âgés au régime de l'exécution ordinaire ou serait-il judicieux de créer des établissements séparés ou des sections spéciales qui leur seraient réservées ?

Ségrégation versus intégration

À ce jour, la question de l'hébergement des détenus âgés a surtout été discutée aux États-Unis, qui accueillent la population carcérale la plus importante du monde. Pour faire face au nombre croissant de seniors incarcérés et à leurs besoins considérables sur le plan médical, 18 États américains au moins ont mis en place des établissements séparés pour cette catégorie de détenus. Mais dans quelle mesure cette solution est-elle judicieuse en Suisse et applicable au contexte helvétique ?

Le souci de protection est l'un des principaux arguments en faveur de la création d'établissements séparés pour les détenus âgés. Il s'agit en effet de mettre les seniors à l'abri de mauvais traitements infligés par des détenus plus jeunes et plus forts qui occupent une position plus élevée dans la hiérarchie carcérale. Aux États-Unis, des détenus âgés

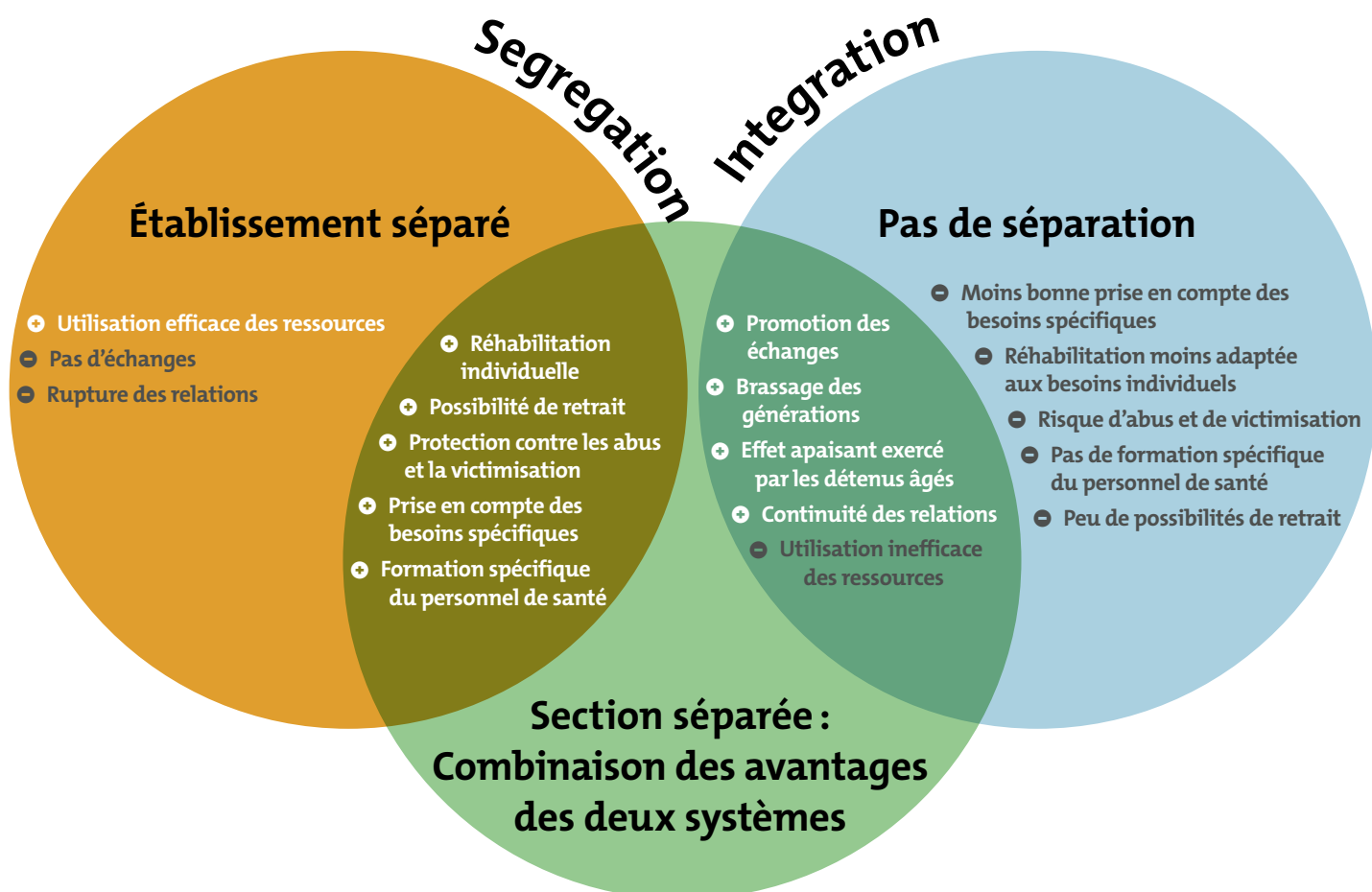
« À ce jour, la question de l'hébergement des détenus âgés a surtout été discutée aux États-Unis. »

ont indiqué, dans un sondage, avoir reçu des menaces verbales ou physiques et des insultes de la part de codétenus. Ils ont aussi mentionné qu'ils étaient fréquemment la cible d'actes mineurs – se faire passer devant dans la queue pour le repas ou d'autres services, par exemple – qui pouvaient déboucher sur des formes plus sérieuses de victimisation. Les intimidations et les préjudices financiers étaient également courants : un tiers des détenus interrogés ont rapporté qu'on leur avait dérobé des objets dans leur cellule ou escroqué de l'argent. Au total, 10,8 % des personnes incarcérées ont fait état d'agressions physiques et de harcèlement sexuel. On ne dispose d'aucune étude sur le sujet pour la Suisse. Le risque de victimisation semble toutefois nettement plus faible, étant donné que les établissements pénitentiaires sont plus petits et que les détenus sont généralement logés dans des cellules individuelles.

L'adaptation du logement et de la prise en charge médicale aux besoins de la classe d'âge supérieure constitue un autre motif en faveur de la création d'établissements réservés aux seniors. Des espaces de vie séparés permettant de circuler en fauteuil

roulant et situés à proximité des services de santé répondent davantage aux besoins physiques et médicaux d'une population âgée. Le personnel de santé peut en outre être formé pour soigner les maladies typiques liées au vieillissement, comme la démence, et réagir en conséquence. D'autres aspects peuvent également être pris en compte, par exemple un meilleur éclairage dans les cellules ; avec l'âge, la vue baisse, et lire le soir peut devenir difficile.

Autre avantage, la possibilité de mettre en place des *programmes de réhabilitation individualisés*. Dans le régime de l'exécution ordinaire, les offres d'activités sportives et de formation ciblent généralement des personnes jeunes. Les seniors ont tendance à éviter les activités physiques proposées, car elles attirent essentiellement une population carcérale plus jeune et en meilleure forme. Par ailleurs, les détenus âgés ne réintègrent souvent pas le marché du travail primaire et doivent envisager d'autres solutions pour retrouver une place dans la société. Comme ils sont minoritaires dans l'exécution ordinaire, il peut être difficile de mettre sur pied des interventions sur mesure, par exemple parce qu'il n'y a pas assez de participants pour constituer un



groupe. Un établissement séparé pour les détenus seniors faciliterait les choses et garantirait une prise en charge plus ciblée en matière de santé, de logement et de réinsertion – un élément clé pour utiliser plus efficacement les ressources limitées en milieu carcéral et pour diminuer les coûts en forte hausse, notamment dans le domaine de la santé.

Avantages d'un système réunissant plusieurs classes d'âge

Parmi les avantages d'un *hébergement regroupant plusieurs classes d'âge*, il faut relever l'effet apaisant des aînés sur les plus jeunes et leur rôle de modèles. Les relations entre des détenus de différents âges contribuent à chasser l'ennui ; elles permettent de rester actif et favorisent le partage de connaissances et l'entraide. Le mélange des âges reflète mieux la société et encourage la prise de responsabilités vis-à-vis des codétenus. Le sentiment de responsabilité est en effet plus marqué entre les différentes générations que lorsque chacune d'elles s'efforce de résoudre ses problèmes dans son coin. Dans notre étude, des détenus âgés ont souligné leur rôle de mentors et déclaré qu'ils transmettaient volontiers leurs expériences à leurs cadets. Ils considèrent les échanges entre les générations et le fait de vivre dans une atmosphère active et dynamique comme un effet positif du brassage des âges.

La création d'un établissement séparé pour les détenus âgés comporte le risque que les seniors soient contraints d'y séjourner même s'ils préféreraient rester dans un établissement regroupant différents âges, par exemple pour occuper les places disponibles. Ce transfert forcé serait avant tout problématique pour les seniors encore relativement en forme qui sont susceptibles de profiter de l'accès à certaines possibilités de travail et à divers programmes de loisirs et de réhabilitation destinés à l'ensemble de la population carcérale. En outre, compte tenu du faible nombre d'établissements spécifiquement conçus pour les détenus âgés, la probabilité que ceux-ci soient placés plus loin de leur domicile s'accroît, ce qui rendrait les contacts avec la famille et les amis plus difficiles.

Le compromis helvétique : une section spéciale au sein de l'établissement

Si les enseignements tirés du débat sur l'hébergement des détenus âgés aux États-Unis peuvent s'appliquer à la Suisse, il reste à déterminer dans quelle mesure et sur quels aspects le contexte helvétique est différent. Dans le cadre de notre étude, nous avons mené des entretiens sur le sujet avec des détenus âgés et avec le personnel de santé de douze établissements pénitentiaires. Contrairement à ce que l'on a pu observer aux États-Unis, les per-

sonnes interrogées ont souligné l'intérêt de mettre en place une section spéciale séparée pour les détenus âgés au sein d'un établissement rassemblant plusieurs classes d'âge (voir encadré). Cette solution combine les avantages des deux systèmes et semble réalisable ; compte tenu de la plus petite taille des établissements et du logement en cellules individuelles, la protection des seniors ne revêt en effet pas la même urgence.

L'aménagement d'une section spéciale au sein de l'établissement garantit aux aînés l'accès aux structures de prise en charge et favorise le mélange des générations tout en leur permettant d'échapper au bruit généralement élevé tard le soir. Les personnes interrogées ont cependant critiqué l'absence d'interventions spécifiques pour la tranche d'âge supérieure dans ces sections. Elles ont également évoqué la possibilité d'une subdivision non seulement en fonction de l'âge, mais aussi du type de sanction et de la durée de celle-ci. Ainsi, elles ont souligné que les personnes qui font l'objet d'une mesure d'internement devraient bénéficier d'une plus grande autonomie dans une section séparée pour qu'elles puissent prendre de petites décisions concernant le quotidien par elles-mêmes. Elles ont également estimé que le placement dans une section réservée aux seniors ne devrait se faire qu'avec l'accord du détenu ; selon elles, il est souhaitable de disposer d'une section adaptée aux besoins de santé des seniors dans l'établissement, mais toutes les personnes qui présentent des besoins accrus en matière de soins et de santé devraient pouvoir en profiter, quel que soit leur âge.

Échanges et possibilité de retrait

En résumé, les résultats de notre étude indiquent que la séparation partielle des détenus âgés du reste de la population carcérale peut être considérée comme une solution qui allie les avantages des deux systèmes. Les établissements pénitentiaires devraient refléter la société et garantir les échanges entre les générations en mélangeant les différentes classes d'âge. La création d'une section spéciale séparée au sein d'un établissement permet d'assurer la continuité des relations personnelles ou autres tout en tenant compte des besoins spécifiques des seniors en matière de santé et de logement. Les détenus âgés doivent toutefois pouvoir décider librement s'ils souhaitent vivre sous le régime de l'exécution ordinaire ou dans une division spécialisée. Dans l'exécution des sanctions comme dans la population générale, un « EMS » séparé n'a manifestement pas la préférence. Les détenus âgés sont en effet heureux de discuter avec des personnes plus jeunes tout en ayant la possibilité de se retirer au calme.

« Parmi les avantages d'un hébergement regroupant plusieurs classes d'âge, il faut relever l'effet apaisant des aînés sur les plus jeunes et leur rôle de modèles. »

« La séparation partielle des détenus âgés du reste de la population carcérale peut être considérée comme une solution qui allie les avantages des deux systèmes. »

Trois modèles différents

En Suisse, trois établissements pénitentiaires ont instauré des sections spéciales séparées, chacune mettant l'accent sur des éléments différents : la section Âge et santé à Pöschwies, la section 60plus à Lenzbourg et l'exécution de l'internement en petits groupes à Soleure.

La section Âge et santé peut accueillir 30 personnes qui, en raison de leur âge, d'une addiction, de maladies somatiques ou de circonstances difficiles requièrent une protection particulière et une prise en charge spécifique plus poussée. L'équipe multiprofessionnelle, composée de représentants du service social, du service médical et du service psycho-psychiatrique, vise à favoriser une autonomie et une capacité de fonctionnement aussi grandes que possible. Le système adopté est celui de l'exécution en groupe ; les détenus sont logés en cellules individuelles et peuvent se déplacer librement au sein de la section. Ils travaillent et pratiquent des activités de loisirs à l'intérieur comme à l'extérieur du bâtiment. Ces différentes activités et occupations sociales sont adaptées à leurs ressources et à leurs besoins individuels.

La section 60plus compte douze places réservées à des détenus qui ont atteint 60 ans ou qui purgent une longue peine. Elle peut également accueillir, à titre exceptionnel, des détenus plus jeunes qui présentent des besoins particuliers. C'est la seule section spéciale où chaque chambre est équipée d'un lit

médicalisé. L'objectif est de permettre aux détenus d'être aussi autonomes que possible et de maintenir et stimuler leurs capacités cognitives, intellectuelles et motrices non seulement à travers une prise en charge médicale et psychologique, mais aussi en les impliquant dans diverses activités au sein de l'établissement, comme le nettoyage, le jardinage et l'organisation des loisirs. Le programme d'exécution prévoit également la discussion de thèmes tels que la fin de vie et la mort.

Dans l'établissement pénitentiaire de Soleure, un petit groupe de six détenus faisant l'objet d'une mesure d'internement est logé dans un bâtiment séparé, situé un peu à l'écart des autres. Ce modèle d'exécution innovant accorde davantage de liberté aux personnes internées, qui ont pour certaines atteint l'âge de la retraite. Elles peuvent meubler leur cellule à leur convenance, disposent d'un ordinateur personnel et ne sont enfermées dans leurs cellules que la nuit. La journée, elles peuvent se déplacer librement dans les parties communes et utiliser la terrasse et la cour de la section. Elles cuisinent, font leur lessive et cultivent des légumes et des herbes aromatiques. Leurs postes de travail se trouvent à l'extérieur du bâtiment, qu'elles quittent également pour les activités de formation et de loisirs. Le passage à l'exécution en petits groupes repose sur le volontariat ; certains critères doivent toutefois être remplis, comme la capacité d'assumer ses responsabilités.

Trois avis

« La cohabitation avec des détenus moins âgés jeunes permet aux seniors de se sentir plus jeunes et plus performants », estime un thérapeute. Il se prononce par conséquent en faveur de « sections spéciales pour les détenus âgés dans les établissements de privation de liberté afin de mieux adapter les ressources à ces personnes. Je ne dirais pas qu'il faudrait des établissements réservés aux seniors, mais peut-être des sections spéciales au sein des établissements. »

« Je pense que la mixité [de l'environnement] est un plus », estime un autre détenu. « Certains jeunes [détenus] viennent te poser une question, car ils pensent que tu as l'expérience que donne l'âge. Je crois que c'est une bonne chose. Si on enferme les vieux ensemble, de quoi pouvons-nous discuter ? De notre âge ? De nos petits bobos ? »

« Certains jeunes peuvent, bien sûr, comment dire... apporter une certaine dynamique, ce qui peut être bénéfique pour leurs aînés », déclare un détenu. « Lorsqu'il n'y a que des détenus âgés, ce n'est pas du tout la même chose. Avec des plus jeunes... la dynamique n'est pas la même. C'est peut-être un peu plus stimulant pour les seniors. »



Cellule d'un détenu âgé interné dans l'établissement pénitentiaire de Bochuz, Orbe (VD).

Photo : Peter Schulthess (2019)

Un concept venu du Canada : les jeunes soutiennent leurs aînés

Potentiel et risques des interventions par les pairs

Au Canada, la hausse vertigineuse de la population carcérale âgée a conduit les établissements pénitentiaires à mettre en place des interventions par les pairs : de jeunes détenus aident leurs aînés à accomplir les activités de tous les jours. Ces programmes recèlent un potentiel non négligeable, à condition toutefois que le cadre nécessaire soit posé.

Helene Seaward, Tenzin Wangmo et Bernice Elger

« Leur expérience de la détention fait des pairs des interlocuteurs auxquels il est facile de s'adresser pour toutes sortes de discussions. »

La plupart des études sur les interventions par les pairs en milieu carcéral ont été menées aux États-Unis, au Canada et en Grande-Bretagne. Elles couvrent un éventail extrêmement large, que ce soit au niveau des thèmes examinés ou du type de mise en œuvre et des conséquences qui en découlent pour les établissements pénitentiaires. Le soutien par les pairs se concentre souvent sur la prévention du suicide, l'abus de drogues, la réduction de la violence, l'aide aux personnes nouvellement incarcérées, l'interprétariat, le conseil en matière de logement et d'occupation, les programmes de mentorat et, récemment, le comportement de santé.

Plus-value possible du soutien par les pairs

Les interventions qui font appel aux pairs peuvent préserver et améliorer la santé et le bien-être des détenus. Les pairs aidants endossent un rôle qu'ils considèrent généralement comme enrichissant et porteur de sens. Cette mission leur offre la possibilité de développer des capacités qui leur seront utiles pendant leur détention et après leur libération. Bien souvent, elle renforce leur confiance en eux et leur estime de soi. Les personnes qui bénéficient de ce soutien, de leur côté, gagnent en autonomie et peuvent compter sur une aide en cas de problèmes médicaux. Parallèlement, cet accompagnement individuel diminue le sentiment de solitude et accroît leur estime d'elles-mêmes. Sur le plan institutionnel, il permet par ailleurs de pallier un manque de personnel et de ressources financières.

L'un des principaux avantages de ces programmes réside dans la profonde empathie généralement témoignée par les pairs, qui sont de surcroît plus disponibles que le personnel spécialisé. Leur expérience de la détention en fait des interlocuteurs auxquels il est facile de s'adresser pour toutes sortes de discussions. Par rapport au personnel spécialisé, les pairs ont des contacts plus directs et plus suivis avec les détenus et ont ainsi davantage l'occasion de nouer des interactions informelles et de proposer une éducation à la santé ou un soutien immédiat. Ils peuvent en outre répondre aux questions et contribuer à résoudre les problèmes, ce qui permet au personnel pénitentiaire et au personnel de santé de mieux utiliser le temps à disposition et de se concentrer sur des tâches plus spécifiques.

Des risques particuliers

La principale critique formulée à l'encontre des interventions par les pairs émane généralement du personnel pénitentiaire, qui considère ces programmes comme une stratégie de la direction pour remplacer le personnel rémunéré. Cette vision des choses explique en grande partie la résistance que l'on observe vis-à-vis de ces interventions. L'aide apportée par les pairs dans les établissements de privation de liberté n'est toutefois pas gratuite ; elle nécessite des ressources particulières. Si les pairs assument certaines tâches du personnel pénitentiaire, ils sont largement tributaires de son soutien.

La conciliation des soins avec les impératifs de sécurité, les compétences et les tâches des pairs aidants et la façon dont ils gèrent des informations confidentielles soulèvent également des questions. Les pairs aidants endossent un nouveau rôle. Ce ne sont pas seulement des détenus ; ils font dans une certaine mesure partie du personnel. Les relations entre le personnel et les pairs aidants ainsi qu'entre ces derniers et les détenus qu'ils épaulent peuvent devenir plus intimes et remettre ainsi en question certaines visions des rôles et certaines limites. Le transfert de pouvoir qui découle de l'octroi d'une plus grande autonomie et d'une plus grande liberté à certains détenus est contraire aux principes de l'exécution des sanctions pénales et est donc considéré comme problématique.

Le risque que les pairs aidants abusent de leur position privilégiée suscite également des réserves. Les interventions par les pairs peuvent mettre en danger la sécurité et le bon fonctionnement de l'établissement. Les pairs aidants disposent d'une plus grande liberté de mouvement et d'un accès facilité au sein de l'établissement, ce qui en fait des intermédiaires idéaux pour introduire en douce des drogues, du tabac ou des téléphones portables. Dans l'ensemble, les études mentionnent cependant peu de cas d'abus.

Enfin, les interventions par les pairs comportent également des risques pour les pairs eux-mêmes. Bien souvent, ceux-ci sont mis à forte contribution, que ce soit au niveau du temps investi ou des thèmes abordés, ce qui peut entraîner un stress psychique. Discuter d'intentions suicidaires et d'autres questions oppressantes peut être particulièrement éprouvant pour les pairs aidants s'ils n'ont pas été suffisamment formés à cette tâche et s'ils ne reçoivent pas le soutien nécessaire. D'aucuns craignent que les pairs aidants ne soient exploités en devant assumer trop de tâches ou d'obligations qui ne sont pas de leur compétence. Enfin, il est souvent difficile de trouver des détenus qui présentent les qualités requises pour officier comme pairs – un problème exacerbé par le taux de fluctuation élevé lié aux transferts et aux libérations.

Une tendance récente

Le concept d'intervention par les pairs pour épauler et accompagner les seniors derrière les barreaux est relativement récent. La hausse de la population carcérale âgée augmente les exigences auxquelles le personnel pénitentiaire doit satisfaire. Elle oblige à réfléchir aux possibilités à disposition pour répondre aux besoins de soins élevés dans cette catégorie de détenus. C'est ainsi que l'idée d'un soutien par les pairs a émergé parallèlement à la création de sec-

tions spéciales pour les détenus âgés et d'établissements séparés réservés aux seniors.

Dans le cadre de ces programmes encore peu étudiés, des pairs sont recrutés parmi les détenus plus jeunes. Les critères à remplir sont l'absence de problèmes psychiques et de problèmes de santé graves, une certaine stabilité et la volonté d'apporter son aide. L'aptitude à assumer cette mission est vérifiée au cours de la procédure de sélection. Les pairs aidants reçoivent ensuite une formation spécifique qui leur permet d'acquérir des notions sur les différentes formes de démence, la mobilité des patients et la gestion des transferts. Ils perçoivent une modeste rétribution pour leur travail.

Les pairs aidants subviennent aux besoins médicaux des détenus âgés en fonction du niveau de soins nécessaire. Ils assument une multitude de tâches ; ils les accompagnent par exemple aux toilettes et les aident à se laver (sans procéder aux soins intimes), à s'habiller et à se déplacer. Ils leur fournissent une assistance pratique au quotidien (pour transporter et couper des aliments, ranger la cellule, etc.) et – en tant qu'interlocuteurs de confiance – un soutien émotionnel. En bref, ils aident les détenus âgés à accomplir les activités de tous les jours afin de préserver et de développer leur autonomie et leur capacité de fonctionnement.

Expériences faites par le personnel de santé

Dans notre étude, nous avons mené des entretiens sur les soins de santé prodigués à la population carcérale âgée non seulement avec des experts et des détenus en Suisse, mais aussi avec des spécialistes au Canada. Nous avons ainsi pu analyser les expériences faites avec le programme canadien d'assistance communautaire (peer-assisted living program) et en tirer des enseignements dans l'optique de stratégies alternatives de prise en charge en Suisse.

Selon les commentaires recueillis dans notre étude, les interventions ont pour avantage d'instaurer une relation positive et durable entre les pairs aidants et les détenus âgés, relation qui profite avant tout à ces derniers. Étant donné que les pairs aidants vivent dans l'établissement, les liens noués avec les seniors s'inscrivent dans la durée et créent un cadre quasi familial. Bon nombre de pairs aidants assument par ailleurs un rôle de mentors. Ils conseillent par exemple leurs aînés sur la façon de soulager leurs problèmes de santé chroniques et sur les exercices physiques qu'ils peuvent effectuer.

Dans notre étude comme dans les travaux antérieurs sur les interventions par les pairs en général, des réserves ont été émises quant à la charge de travail et à la formation des pairs aidants, dont les connaissances seraient limitées au regard des tâches

« Les pairs aidants endossent un nouveau rôle. Ce ne sont pas seulement des détenus ; ils font dans une certaine mesure partie du personnel. »

« Les pairs aident les détenus âgés à accomplir les activités quotidiennes afin de préserver et de développer leur autonomie et leur capacité de fonctionnement. »

« En mettant en place des interventions par les pairs, il convient d'être attentif à définir clairement les rôles et les compétences. »

à accomplir. Le recours à une main-d'œuvre insuffisamment formée serait par ailleurs lié à une volonté d'économies de la part des autorités responsables de la santé ; si la réduction des coûts n'était pas le principal objectif, on aurait pu engager davantage de personnel spécialisé pour ce travail. Quelques personnes interrogées ont également mentionné la charge de travail parfois élevée qui incombe aux pairs aidants, en faisant remarquer que ceux-ci sont toujours disponibles en cas d'incident ou d'urgence. D'autres se sont demandé s'il est judicieux de se fier à des informations qu'un détenu livre sur l'état de santé d'un codétenu.

Autre point souligné, le fait que les seniors, qui constituent un groupe de population vulnérable, sont à la merci des pairs aidants et que le soutien peut se transformer en abus et en maltraitance. Des cas de harcèlement, d'intimidation et d'exploitation des seniors (extorsion d'argent pour les services rendus, par exemple) ont été cités. D'aucuns ont émis des doutes quant aux raisons qui poussent certains détenus à proposer leur aide ; en officiant comme pairs, ils souhaiteraient exercer un pouvoir et un contrôle sur d'autres – une motivation discutable, qui pourrait constituer un problème plus urgent que les lacunes dans la formation.

Un cadre déterminant

Étonnamment, on ne trouve pas d'évaluation des interventions par les pairs auprès des personnes âgées. Il existe néanmoins une importante base de données probantes sur le rôle des pairs dans l'amélioration de l'accès aux services de santé dans la population générale et dans l'élimination des barrières dans ce domaine. Pour ce qui est de la recherche sur les interventions par les pairs dans le contexte de la privation de liberté, les analyses portent essentiellement sur les expériences faites par les pairs aidants ; les études sur l'impact de ces programmes au niveau de l'institution et des bénéficiaires sont rares.

Les interventions par les pairs peuvent améliorer la santé et le bien-être des pairs aidants comme des seniors aidés. En mettant ces programmes en place, il convient toutefois d'être particulièrement attentif à définir clairement les rôles et les compétences. Pour stimuler et protéger aussi bien les pairs aidants que les détenus aidés, il est nécessaire de garantir une formation adéquate et une supervision, de fixer une charge de travail raisonnable et de prévenir les abus potentiels.

Échos positifs et voix critiques

« Je dois dire que je suis souvent étonné. Certains pairs aidants ont commis par le passé des actes d'une extrême cruauté qui n'attirent guère la sympathie. Mais ils se montrent très engagés et très attentionnés. Il est surprenant de voir ces hommes s'investir autant en déployant des trésors de tact et de sollicitude. »

« Je crois que cet endroit a donné un sens à leur vie ; ils ont le sentiment de former une famille. Les détenus âgés n'ont personne à l'extérieur de ces murs et bien des pairs aidants non plus. Ils se soucient donc beaucoup les uns des autres ; chaque groupe compte énormément pour l'autre. »

« Ce programme a un effet positif dans le sens où il permet d'instaurer un lien et une réelle intimité entre les pairs aidants et les détenus âgés dont ils s'occupent, que ce soit au quotidien ou à plus longue échéance. Je pense que ce système pourrait être utile, contrairement aux établissements pour seniors ou aux homes médicalisés où les équipes peuvent changer. »

« Le risque de prise de pouvoir et de contrôle sur les détenus âgés m'inquiète. Cela peut, dans une certaine mesure, entraîner des abus qui n'apparaissent pas au grand jour et que nous ne remarquons donc pas. »

« À la base, les pairs aidants ne sont pas des professionnels. Ces interventions me semblent être une tentative du système pour faire des économies. Au lieu d'employer dix ou vingt professionnels des soins qui coûteraient cher, on fait appel à ces pairs aidants payés moins d'un dollar par jour ou à peine plus pour effectuer le travail. Ils s'occupent des détenus âgés sans être vraiment formés. »



Atelier dans la section pour détenus âgés de l'établissement pénitentiaire de Cazis-Tigne. Le travail est obligatoire pour les détenus, même s'ils ont atteint l'âge de la retraite, et ce pour de bonnes raisons : il structure la journée, combat la tendance au repli sur soi et exerce la motricité fine dans un environnement sinon pauvre en stimulations et en mouvement.

Photo : Peter Schulthess (2021)

Vieillir dans la section 60plus

Regard sur l'évolution de la prise en charge des détenus âgés dans l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg

Du point de vue statistique, la part des détenus de plus de 60 ans a augmenté dans les établissements de privation de liberté au cours des dernières décennies. Ce phénomène est dû en premier lieu à l'évolution démographique, avec une population qui ne cesse de croître et de vieillir, et non à une hausse de la criminalité chez les seniors. Une petite fraction de cet accroissement est liée aux personnes internées, qui deviennent toujours plus âgées ; elle s'est stabilisée aux alentours de 150 personnes ces dernières années pour l'ensemble de la Suisse.

Marcel Ruf



Marcel Ruf est le directeur de l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg.

Je suis convaincu que les établissements pénitentiaires ont toujours accueilli une forte proportion de détenus âgés. La différence, c'est qu'il y a 50 ou 100 ans en arrière, ces détenus n'avaient pas 70 ans, mais 50 ou 60, ce qui était déjà considéré comme très vieux. Il n'est donc pas surprenant d'apprendre qu'il y a un siècle, le pénitencier de Lenzbourg comptait – d'après son rapport annuel 1921/1922 – 12 % de détenus de plus de 50 ans. Cela correspondait en moyenne à 28 détenus très vieux pour l'époque. En 1920, l'espérance de vie chez les hommes n'était que de 58 ans (contre 83 ans en 2024) ; selon les critères actuels, ces détenus auraient tous plus de 75 ans. La part des seniors derrière les barreaux était donc même nettement plus élevée qu'aujourd'hui.

Quand on interprète une statistique, on devrait par conséquent toujours la replacer dans son contexte historique avant d'en tirer des conclusions. La question des détenus âgés alimentait déjà le débat autrefois, même si le cadre et les exigences étaient différents. En dehors des institutions de privation de liberté, il n'y avait pas non plus de homes pour personnes âgées ou d'établissements médico-sociaux ; les aînés restaient chez eux, et leur famille s'occupait d'eux – lorsqu'ils en avaient une. Mais comment la

prise en charge des détenus âgés a-t-elle évolué à Lenzbourg ces dernières années ?

Des conditions de détention adaptées aux seniors

Nous avons ouvert la section 60plus dans la prison centrale de l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg en mai 2011. Le cadre n'était pas idéal ; la section a été intégrée dans un nouveau bâtiment destiné à la détention provisoire, de sorte que nous avons dû composer avec les restrictions liées à cet environnement. La section accueille en priorité des personnes condamnées à de longues peines qui ont atteint 60 ans. Créée pour faire face au nombre croissant de seniors de plus de 60 ans derrière les barreaux, elle leur offre des conditions de détention adaptées à leur âge. Elle répond à leurs besoins spécifiques en tenant compte des problèmes de santé ou des atteintes liées au vieillissement. Elle soulage ainsi la section de détention ordinaire sur le plan de la prise en charge et, dans certains cas, des soins. L'obligation de travailler prévue à l'art. 81 du code pénal cède le pas à tout ce qui est de l'ordre de la réhabilitation, de la socialisation et du loisir.



Section 60plus, établissement pénitentiaire de Lenzbourg. Légende, voir p. 24.



Section 60plus, établissement pénitentiaire de
Lenzburg. Légende, voir p. 22.

Une autonomie aussi grande que possible

La section 6oplus vise à préserver et à améliorer l'autonomie des personnes incarcérées de manière ciblée dans le respect des impératifs de sécurité. Les détenus doivent pouvoir continuer à accomplir les gestes du quotidien : cuisiner, faire leur lessive et leur ménage, effectuer leur toilette, gérer leur temps libre (lire le journal, bricoler, jouer, etc.) ... Pour ce faire, ils sont impliqués dans de nombreuses activités au sein de l'établissement ; ils aident par exemple à préparer les repas et à faire la vaisselle, participent aux travaux de nettoyage et d'entretien ou donnent un coup de main à leurs codétenus pour ranger leur cellule.

Une tâche importante du personnel pénitentiaire – en partie formé aux soins – est de maintenir et développer les capacités cognitives et intellectuelles des détenus. Des traitements individuels sont proposés et comportent des exercices pour stimuler le cerveau et des activités créatrices ou manuelles (atelier). Les détenus ont également la possibilité de s'adonner à la culture dans des potagers surélevés installés dans la cour de la section et de participer à l'entretien du jardin.

Une importance considérable est accordée au maintien du lien social afin de lutter contre la tendance au retrait et à l'isolement. C'est pourquoi les détenus passent une bonne partie de leur temps ensemble dans les salles de séjour, de loisirs et de travail.

Au travail sur l'infraction s'ajoute la discussion d'autres thèmes, notamment en lien avec la fin de vie et la mort (réconciliation, expiation, réparation). Tous ces éléments figurent dans le plan d'exécution. Un régime progressif n'est pas prévu, mais des allègements dans l'exécution sont examinés dans chaque cas particulier.

En règle générale, les détenus de plus de 60 ans sont adressés à la section par l'autorité de placement. Des détenus plus jeunes peuvent y être admis à titre exceptionnel (p. ex. pendant une phase de réhabilitation), de même que des détenus souffrant d'un handicap.

Bilan après douze ans de fonctionnement

Cela fait plus de douze ans maintenant que la section 6oplus a été mise en place. Nos attentes ont été comblées dans leur grande majorité. Outre les aménagements à apporter au niveau de la construction, quelques autres éléments jouent un rôle important dans la prise en charge des détenus âgés.

■ Le personnel et les détenus âgés ne voient pas toujours l'organisation de la vie carcérale de la même manière, et il faut faire avec. Les collaborateurs auraient par exemple souhaité intégrer des animaux dans le quotidien de la section, mais des sondages auprès des détenus ont montré que quelques-uns n'étaient pas favorables à ce projet. Nous avons résolu ce dilemme en installant un aquarium et en introduisant des interventions assistées par l'animal, avec des saint-bernards et des chiens de berger qui « passent » toutes les deux semaines. D'autres possibilités seraient envisageables (lapins domestiques, poules, etc.).

■ Une section pour détenus âgés n'a pas seulement besoin de personnel soignant qualifié ; compte tenu de la pénurie qui touche le secteur de la santé, il serait de toute façon malvenu de débaucher cette main-d'œuvre spécialisée. Ce qu'il faut, ce sont des agents de détention qui disposent d'une formation dans le domaine socio-pédagogique ou médical (comme assistants en soins et santé communautaire ou comme assistants socio-éducatifs, p. ex.) ou qui soient prêts à se perfectionner (p. ex. en suivant la formation d'auxiliaire de santé CRS). Actuellement, sur les sept collaborateurs de la section, deux agents de détention ont effectué la formation d'auxiliaires de santé CRS et la formation de base du Centre suisse de compétences en matière d'exécution des sanctions pénales (CSCSP) ; un vient du secteur des soins (home pour personnes âgées) et quatre autres ont suivi le cursus du CSCSP ou sont en formation. Tous ont en outre effectué des stages dans des maisons de retraite et en psychiatrie.

■ Le personnel de la section doit être prêt à aider les détenus pour les soins. Il ne doit pas avoir peur de leur enfiler des chaussettes ou de leur passer de la crème dans le dos, sinon, travailler dans une section dédiée aux détenus âgés n'aurait aucun sens. Ce qui compte avant tout ici, ce sont les soins ; la sécurité est moins prioritaire. En douze ans, nous n'avons dû mettre une personne aux arrêts qu'une seule fois.

■ Dans une section pour seniors, la question de l'équilibre entre proximité et distance ne doit pas être sous-estimée par les parties impliquées (personnel et détenus) et doit être réexaminée en permanence. Pour les détenus, les collaborateurs sont à la fois des agents de détention qui veillent

« Le personnel et les détenus âgés ne voient pas toujours l'organisation de la vie carcérale de la même manière, et il faut faire avec. »

« Dans une section pour seniors, la question de l'équilibre entre proximité et distance ne doit pas être sous-estimée par les parties impliquées (personnel et détenus) et doit être réexaminée en permanence. »

P. 21-25 : Coup d'œil dans la section 60plus de l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg. Le plan, la taille (12,6 m²) et le dispositif de sécurité des cellules correspondent à ceux de l'exécution ordinaire ; le mobilier, les locaux communs et le quotidien moins rigide sont spécifiques à la section.

P. 21 : Le pensionnaire de la cellule 98, interné, vit reclus et passe son temps à faire des jeux sur l'ordinateur. Il est décédé par la suite après un séjour dans la division cellulaire de l'Hôpital de l'Île (voir p. 58 ss.).

Ci-dessous : La cour, avec sa verdure et son parasol, permet aux détenus de passer du temps à l'air frais. En été, on y fait parfois des grillades. Photo de droite : coup d'œil dans le couloir de la section. La cuisine commune (voir p. 53) se trouve tout au bout.

Photos : Peter Schulthess, 2016

à la sécurité et à l'ordre (contrôle des cellules, surveillance des visites, etc.), des personnes de référence et des accompagnants qui leur prodiguent des soins, ce qui implique une grande proximité. Motiver le personnel pénitentiaire à approfondir cette problématique constitue un réel défi. Il y a dix ans, nous avons dû amorcer un processus d'apprentissage pour amener un changement petit à petit.

■ Pour que le fonctionnement puisse être garanti lorsque les besoins de soins sont importants, nous collaborons depuis plusieurs années avec une organisation d'aide et de soins à domicile qui vient nous prêter main-forte si nécessaire.

■ Les visites des proches doivent pouvoir se faire dans la section même. La perte de mobilité empêche très souvent les seniors de se déplacer dans d'autres parties du bâtiment. En outre, lorsque la salle de visites se trouve dans la section, le personnel peut s'entretenir avec l'entourage.

■ Il faudrait si possible viser une collaboration avec un EMS ou un home pour personnes âgées dans les environs pour des échanges, des formations ou autres. Dans notre établissement, nous pouvons faire appel, le cas échéant, au service de soins palliatifs du home Obere Mühle à Lenzbourg. Tous nos lits ont également été remplacés par des lits médicalisés dont le home n'avait plus l'utilité.

■ Un accompagnement en fin de vie devrait être possible dans une section destinée aux détenus âgés et axée sur les soins. Les proches devraient pouvoir rendre visite au mourant dans sa chambre et y passer la nuit. En principe, notre section propose un tel accompagnement. À ce jour, cependant, nous n'avons engagé cette démarche qu'une seule fois. Après avoir discuté avec son frère, le détenu concerné a finalement préféré retourner à l'hôpital, où il est décédé une semaine plus tard.





**Section 60plus, établissement pénitentiaire de
Lenzburg. Légende, voir p. 24.**

Faire du sport en s'amusant

« AGE-Fit », le succès d'une offre destinée aux détenus âgés et atteints dans leur santé

Le programme d'activité physique et sportive « AGE-Fit » mis en place dans l'établissement pénitentiaire de Pöschwies tient compte des besoins spécifiques des détenus âgés et atteints dans leur santé. L'offre est appréciée et connaît un succès croissant ; elle est accessible même aux personnes en fauteuil roulant.

Reto Croci



Reto Croci est le responsable adjoint de la section Âge et santé de l'établissement pénitentiaire de Pöschwies.

Le sport est bon pour la santé, tout le monde le sait, enfants, adultes et même détenus âgés de la section « Âge et santé » (AGE) dans l'établissement pénitentiaire de Pöschwies. Pourtant, beaucoup ont du mal à passer de la théorie à la pratique. En prenant de l'âge, les détenus, en particulier, ont besoin d'une dose de motivation supplémentaire pour se dépenser régulièrement. Mais quelles activités sportives proposer à des hommes qui, en plus de souffrir des maux liés au vieillissement, ploient sous le fardeau psychique de la détention ? La section AGE leur offre deux choses : d'une part, un programme standard pour ceux qui font du sport d'eux-mêmes et, d'autre part, depuis deux ans environ, le programme « AGE-Fit », destiné à ceux qui ont besoin d'un petit coup de pouce.

Le programme de sport standard de la section AGE comporte deux séances par semaine durant les heures de travail et une pendant le temps libre. Une grande salle de gymnastique et une salle de musculation permettent aux hommes de se dépenser, de transpirer et d'entraîner leur appareil locomoteur en soulevant des poids.

« AGE-FIT », une offre qui comble une lacune

Par le passé, les activités sportives proposées séduisaient de moins en moins les détenus âgés, même s'ils aimaient bouger. Une collaboratrice de la section AGE a pris conscience du problème, et c'est ainsi

qu'est née l'idée d'un programme d'activité physique destiné aux détenus vieillissants et atteints dans leur santé. L'offre existante attirait en effet surtout des détenus plutôt jeunes et en bonne santé dans la section de l'exécution ordinaire qui souhaitaient développer leur masse musculaire et entraîner leur endurance. Rien n'était prévu en revanche pour les détenus logés dans la section AGE en raison de leur âge, d'une addiction, de maladies somatiques ou d'autres problèmes.

Le programme d'activité physique et sportive « AGE-Fit » est accessible à toutes les personnes en détention dans la section AGE, indépendamment de leur état de santé, de leur âge ou de leurs maux. Les entraînements sont donnés par un personnel d'encadrement spécialement formé. La leçon débute par un échauffement ciblé et se termine par des étirements. Les exercices sont adaptés aux capacités des participants et visent à maintenir et à améliorer la mobilité au niveau musculaire, articulaire et ligamentaire. Les séances se déroulent autant que possible en plein air.

Les exercices vont du jonglage avec des foulards aux courses d'obstacles et aux relais avec des cartes de jeu. Le sport est pratiqué de manière ludique et les possibilités sont quasi infinies. En été, le jeu de Kubb – parfois appelé jeu d'échecs viking – est très populaire. Le plaisir passe au premier plan, mais en se baissant et en se déplaçant, les participants

améliorent leur condition physique. En hiver, des exercices enregistrés complètent l'offre au chaud. Les détenus suivent l'entraînement sur un écran sous la direction d'un membre du personnel d'encadrement. Certains exercices s'effectuent debout, d'autres assis ou au sol sur le tapis de yoga. Ainsi, des personnes en fauteuil roulant peuvent également participer. Le programme est varié et tient compte des besoins individuels des détenus.

Une foule d'effets positifs

Le service médical interne de l'établissement de Pöschwies soutient le programme « AGE-FIT » en le recommandant expressément aux détenus. L'activité physique a de nombreux effets positifs sur la santé physique et mentale des seniors. Pratiquée régulièrement, elle peut par exemple améliorer la stabilité osseuse et la fonction articulaire. Elle stimule le système cardiovasculaire et peut contribuer à diminuer le taux de cholestérol. Des exercices tels que le jonglage avec des foulards permettent de tenir compte de la perte de mobilité ; les foulards étant légers, ils volent lentement. En même temps, le jonglage fait travailler les neurones, ce qui peut réduire le risque de pathologies neurodégénératives, comme la maladie d'Alzheimer. L'activité physique améliore également le bien-être général. Enfin, elle favorise l'intégration sociale et combat l'isolement.

Popularité et succès en hausse

Le personnel d'encadrement s'efforce constamment d'entretenir la motivation des détenus pour ces activités sportives. Il essaie en particulier d'inciter ceux qui ne participent pas encore à franchir le pas en leur posant des questions pour mieux cerner leurs besoins. Il accueille toutes les propositions qui s'inscrivent dans l'esprit du programme et qui sont réalisables, la motivation intrinsèque étant un facteur clé.

Le programme sportif est facultatif. Actuellement, 30 % des détenus de la section AGE y participent régulièrement en trouvant du plaisir à se dépenser et à faire quelque chose pour leur santé. 40 % suivent les entraînements de l'offre standard alors que les 30 % restants renoncent à ces activités sportives et travaillent à la place dans les ateliers de l'établissement, dans le secteur de l'artisanat et

de l'approvisionnement. Le personnel et les détenus apprécient tout particulièrement le fait qu'ils puissent se montrer créatifs et proposer eux-mêmes de nouveaux exercices. On peut donc s'attendre à ce que l'offre continue de s'étoffer à l'avenir en raison d'une demande croissante.

Section AGE dans l'établissement pénitentiaire de Pöschwies. Les détenus doivent payer de leur poche la machine à café, la stéréo et tous les autres « extras » avec l'argent reçu pour leur travail (pécule). Voir aussi les photos p. 10 et 32.
Photo : Peter Schulthess, 2016





Établissement pénitentiaire de Soleure.
Légende, voir p. 31.

Différentes formes d'exécution pour répondre à différents besoins

Aperçu de quelques pratiques qui ont fait leurs preuves dans l'établissement pénitentiaire de Soleure

L'établissement pénitentiaire de Soleure propose différentes formes d'exécution afin de répondre aux différents besoins des détenus. C'est en particulier le cas dans le domaine des mesures, où la proportion de seniors est importante.

Lutz-Peter Hiersemenzel

À partir de quel âge estime-t-on qu'une personne est âgée dans l'exécution des peines et des mesures ? Pour un jeune de 20 ans, un homme de 45 ans est déjà « un papy ». Impossible, par conséquent, de répondre à cette question de manière globale. Les études scientifiques appliquent différentes limites d'âge, les détenus étant considérés comme âgés tantôt à partir de 50 ou 60 ans, tantôt à partir de 65 ans seulement. Quelle que soit la limite retenue, la part de détenus âgés qui exécutent une peine ou une mesure ne cesse d'augmenter en Suisse comme à l'étranger. Ce phénomène n'est pas uniquement lié au vieillissement de la société, mais aussi aux séjours toujours plus longs en détention de personnes qui ne savent pas clairement quand elles seront relâchées : les personnes astreintes à une mesure thérapeutique institutionnelle, celle-ci pouvant être prolongée à plusieurs reprises, voire transformée en une mesure de sécurité pure et simple.

L'établissement pénitentiaire de Soleure propose différentes formes d'exécution. Outre une section d'exécution et d'intégration destinée aux personnes qui exécutent une peine, 60 lits sont prévus pour l'exécution de mesures institutionnelles pour des délinquants qui présentent des troubles mentaux sévères. L'ancienne maison du directeur abrite quant à elle la section « Exécution de l'internement

en petits groupes », qui accueille six personnes. La proportion de seniors est particulièrement élevée dans le domaine des mesures de sécurité et des mesures thérapeutiques : actuellement, une personne sur quatre a plus de 50 ans, et plusieurs ont même passé 70 ans.

Une condition sine qua non : la volonté de coopérer

Dans la pratique, la question se pose rapidement de savoir dans quelle mesure les structures sont adaptées aux besoins des détenus âgés, que ce soit au niveau de la construction, de l'organisation ou de la prise en charge. Les différents concepts d'exécution ne conviennent en effet pas à tout le monde ; la volonté de coopérer est nécessaire, de même qu'une certaine motivation.

Étant donné que les détenus âgés présentent souvent des maladies et des limitations physiques importantes, ils doivent être suivis de près par le médecin de l'établissement et le personnel de santé. Les besoins en personnel dans le service de santé sont considérables et ne doivent pas être sous-estimés. Dans les périodes chargées, le recours à des prestataires professionnels externes, comme les services d'aide et de soins à domicile, constitue une bonne solution.



Lutz-Peter Hiersemenzel dirige l'équipe du service psycho-psychiatrique de l'établissement pénitentiaire de Soleure.



Établissement pénitentiaire de Soleure.
Légende, voir p. 31.

Fixer des objectifs réalistes

Si tous les détenus âgés ne séjournent pas sous les verrous depuis très longtemps, c'est le cas d'une bonne partie d'entre eux. Chez les personnes qui exécutent une mesure institutionnelle, il faut se demander quels objectifs sont réalistes. La question se pose en particulier lorsque, d'un côté, la personne n'est pas jugée complètement incurable, mais que, de l'autre, elle n'a que peu progressé dans des domaines fondamentaux au cours des nombreuses années de traitement. Parfois, la maladie qui l'a amenée à commettre les actes qui lui valent d'être enfermée est tellement grave que le pronostic favorable requis pour qu'elle soit relâchée ne pourra probablement jamais être établi. Il s'agit alors, dans le cadre de la thérapie, de travailler sur la frustration et l'absence de perspectives et de combattre d'autres troubles liés à une privation de liberté de longue durée.

Autre défi dans le quotidien de l'établissement, la cohabitation de détenus très jeunes et de personnes plutôt âgées, qui entraîne des problèmes et une dynamique spécifiques. De manière générale, la composition de groupes d'habitation et d'exécution équilibrés a donné de bons résultats, de même que la mise à disposition de possibilités d'activité physique et sportive suffisantes et variées.

L'exécution de l'internement en petits groupes fonctionne également bien. Cette forme d'exécution accorde à un groupe particulier de détenus âgés qui présentent une capacité suffisante d'adaptation et de coopération davantage de libertés et de possibilités de décision que sous le régime de l'exécution ordinaire. Ici encore, on ne peut pas adopter la même approche pour tout le monde. Il y a un petit groupe de détenus âgés qui sont là depuis longtemps et qui se montrent très aigris et revendicateurs. Malgré un encadrement étroit et structuré, ces personnes ne sont pas suffisamment capables de s'intégrer pour que l'exécution en petits groupes soit judicieuse dans leur cas.

Il est donc bon, dans le paysage suisse de l'exécution des peines et des mesures, de disposer de différentes institutions pour avoir un large éventail d'offres et de concepts afin de répondre aux besoins individuels. À l'heure actuelle, un grand nombre d'établissements sont conçus pour des personnes plutôt jeunes et en bonne santé, et pas pour des individus âgés et en partie fragiles, qui sont par exemple en fauteuil roulant. À long terme, la Suisse devra, en planifiant de nouveaux établissements, tenir compte du fait que la proportion de détenus âgés et très âgés va vraisemblablement poursuivre sa croissance non seulement au niveau des constructions, mais aussi du personnel et de la prise en charge, deux domaines où il faudra continuer à développer et tester des approches ad hoc.

P. 28 : L'établissement pénitentiaire de Soleure comprend, outre le nouveau bâtiment A à l'architecture caractéristique qui abrite deux sections – une pour l'exécution des peines, l'autre pour celle des mesures –, des salles de cours et de sport, des ateliers et les salles de consultation des thérapeutes (**p. 39**), d'autres bâtiments plus anciens, notamment la section C, qui propose un environnement spécial pour les

personnes internées (**p. 30 et ci-dessous**). Le balcon grillagé avec vue sur les parterres fleuris du jardin et les clôtures de sécurité est exposé au bruit permanent de l'autoroute très fréquentée qui passe juste à côté. Derrière la porte ouverte, on devine le séjour-salle à manger commun, où trône une cheminée – un vestige de l'époque où le bâtiment était occupé par la famille du directeur. Photos : Peter Schulthess, 2019





La section AGE de l'établissement pénitentiaire de Pöschwies se trouve au bout du long groupe de bâtiments dédié au régime spécial. Voir aussi les photos p. 10 et 27.

Photo : Peter Schulthess, 2016

Favoriser la confiance et la motivation dans le contexte de la contrainte et du contrôle

Expériences faites par les patients âgés avec la thérapie dans l'exécution des mesures

Une relation de confiance entre le médecin et son patient et une forte motivation intérieure sont des éléments fondamentaux pour le succès d'une intervention psychothérapeutique dans le cadre de l'exécution des mesures. Dans ce contexte, la contrainte et le contrôle soulèvent une difficulté particulière. La confiance et la motivation constituent en effet une condition sine qua non pour atteindre le but de la mesure, à savoir la réduction du risque de récidive.

Helene Seaward, Bernice Elger et Tenzin Wangmo

ElgerLe nombre de personnes condamnées à une mesure thérapeutique institutionnelle a augmenté dans bien des pays occidentaux. La hausse est particulièrement marquée dans la classe d'âge supérieure : à l'heure actuelle, une personne sur trois astreinte à une mesure en Suisse a plus de 50 ans. Cette population âgée nécessite une attention accrue, car elle se distingue notamment des groupes d'âge inférieurs par la phase de vie dans laquelle elle se trouve et par des problèmes de santé importants. Dans notre étude, nous nous sommes donc concentrés sur les expériences faites par les détenus âgés avec la thérapie en menant des entretiens avec les personnes concernées et les thérapeutes.

Nos résultats mettent en lumière les besoins et le point de vue des seniors. Cela ne veut pas dire qu'ils sont valables uniquement pour cette classe d'âge. Des recherches supplémentaires seront cependant nécessaires pour déterminer dans quelle mesure certains aspects peuvent s'appliquer aux autres groupes d'âge. Les données obtenues n'en jettent pas moins un éclairage inédit sur la pratique clinique dans l'exécution des mesures en Suisse.

Contrainte et contrôle

Les mesures thérapeutiques institutionnelles sont assorties de quelques conditions particulières qui les différencient des thérapies pratiquées hors du milieu carcéral. Leur but premier est d'améliorer le pronostic légal et de contrôler la maladie psychique de sorte qu'elle soit tolérable pour la collectivité. Les objectifs thérapeutiques sont donc prédéfinis et ne visent qu'indirectement un bénéfice pour le patient. En cela, le contexte dans lequel les mesures s'inscrivent diffère notablement de la psychiatrie et la psychothérapie générales, qui cherchent à améliorer le fonctionnement psychosocial et, in fine, la qualité de vie. Dans le cadre de la privation de liberté, la thérapie doit intégrer la contrainte et le contrôle. À cet égard, le thérapeute joue un rôle clé pour établir malgré tout une relation de confiance avec le patient et vaincre le manque de motivation dont celui-ci fait souvent preuve au départ.

Dans notre étude, nous nous sommes concentrés sur les facteurs qui, dans l'exécution des mesures, entraînent une modification qualitative de la thérapie en comparaison avec les traitements dispensés dans la population générale. Nous avons identifié

« Dans le cadre de la privation de liberté, la thérapie doit intégrer la contrainte et le contrôle. »

cinq éléments spécifiques qui jouent un rôle central : (1) la gestion de la participation forcée, (2) l'intégration des décisions des autorités, (3) la nécessité de rester sincère, authentique et soutenant, (4) la possibilité d'opérer des choix dans un environnement contrôlé et (5) la gestion de la limitation du secret professionnel.

1) Gestion de la participation forcée

À quoi peut-on contraindre quelqu'un ? On peut obliger une personne à se soumettre à un traitement psychothérapeutique et psychiatrique. On peut, par la pression externe, l'amener à suivre une thérapie pour sa maladie psychique et à s'engager à ne pas commettre d'infractions à l'avenir. Mais jusqu'où va cette contrainte ? Peut-on obtenir la motivation et la confiance par la force ?

Si on peut obliger une personne à exécuter une mesure thérapeutique, sa participation active n'est de loin pas garantie. Sous la pression du système judiciaire, bien des patients sont présents physiquement, mais ne s'impliquent pas nécessairement dans le traitement sur le plan émotionnel et cognitif. La tâche du thérapeute consiste à gérer cette pression extérieure et à l'intégrer dans le travail avec le patient tout en soutenant la motivation intérieure de celui-ci ; elle constitue en effet un élément central pour la réussite du traitement psychothérapeutique. Cet aspect-là est en particulier essentiel pour maintenir les objectifs thérapeutiques à long terme, à savoir l'amélioration du pronostic légal.

La pression extérieure accroît effectivement la probabilité qu'un patient suive une thérapie dans le seul but d'augmenter ses chances d'être libéré, sans chercher à effectuer un travail sur sa maladie psychique. On parle de motivation stratégique. Celle-ci peut être liée à une résistance à la thérapie et à une faible motivation intérieure au changement, deux éléments que l'on peut observer lors de traitements ordonnés par la justice. Le patient évoque alors des thèmes qui ne sont pas pertinents et minimise les actes qu'il a commis. On retrouve ces formes d'évitement des questions critiques et de déni ou de minimisation chez 60 à 87 % des auteurs d'infractions sexuelles ou d'actes de violence. Si elles peuvent indiquer une motivation stratégique, elles traduisent parfois aussi la difficulté d'admettre sa faute et d'accepter un diagnostic psychiatrique sévère.

Une sorte de « chausse-pied »

Malgré la forte probabilité d'un manque initial de motivation intérieure, les thérapeutes soulignent que l'obligation légale de suivre une thérapie constitue une chance. Le traitement ordonné par la justice peut, symboliquement, faire office de « chausse-pied » : les thérapeutes voient ainsi des personnes

susceptibles de profiter d'un traitement, mais qui, dans bien des cas, ne chercheraient pas à en suivre un dans d'autres circonstances, par exemple en raison de la stigmatisation qui entoure les maladies psychiques et des longs délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un psychothérapeute, ou encore parce qu'elles n'ont pas conscience d'être malades.

Sous la pression extérieure, le patient peut en outre rester suffisamment longtemps en traitement pour que son stress psychique s'atténue. Celui-ci peut être dû à la maladie psychique, mais aussi à l'incarcération subite et à des difficultés à accepter le diagnostic psychiatrique et l'infraction commise. L'effet positif de la psychothérapie renforce la motivation intrinsèque à poursuivre le traitement et à y participer activement. La prise de conscience que la psychothérapie contribue à un mieux-être est en effet l'un des principaux facteurs de motivation intérieure pour continuer la thérapie.

2) Intégration des décisions des autorités

Un grand nombre de décisions concernant la détention, la suite du traitement et la date de la libération sont du ressort de l'autorité d'exécution. Les patients et les thérapeutes sont indirectement impliqués dans la prise de décision à travers les comptes rendus des médecins traitants et les expertises psychiatriques externes. Les résultats de notre étude montrent que la coordination entre toutes les parties impliquées constitue le principal défi. Le retard dans les décisions des autorités, le manque de concertation entre les trois parties impliquées (patient, thérapeute, autorités d'exécution) sur les objectifs à atteindre et le fait que les décisions des autorités soient perçues comme imprévisibles et incontrôlables soulèvent des difficultés.

La motivation à suivre la thérapie est influencée par des facteurs tant internes qu'externes. Les premiers peuvent être des valeurs, des convictions et des stimuli intérieurs, alors que les seconds sont plutôt des récompenses ou des sanctions d'ordre matériel ou social. Chez les patients qui exécutent une mesure, les facteurs de motivation internes sont souvent le souhait d'éviter la honte et la culpabilité ainsi que l'amélioration du bien-être personnel, tandis que les facteurs de motivation externes sont la volonté d'échapper à des sanctions ou à la réprobation de la société et le désir de recouvrer la liberté. Les patients qui présentent une motivation interne et externe élevée sont ceux qui obtiennent les meilleurs résultats thérapeutiques ; c'est la motivation intérieure qui influence le plus le maintien des objectifs thérapeutiques à long terme. L'implication du système judiciaire peut donc favoriser la thérapie ou, à l'inverse, constituer un obstacle. L'utilisation

« Malgré la forte probabilité d'un manque initial de motivation intérieure, les thérapeutes soulignent que l'obligation légale de suivre une thérapie constitue une chance. »

constructive des facteurs de motivation externes permet d'améliorer le succès d'un traitement.

Facteurs influençant la réussite du traitement

■ Primo, la définition concrète des objectifs thérapeutiques joue un rôle. Ceux-ci sont souvent définis de façon vague, sans que les trois parties se soient concertées. Les décideurs externes devraient fixer ces objectifs avec le thérapeute et les communiquer clairement au patient. Pour ce faire, une collaboration intensive et une implication active du patient sont nécessaires.

■ Secundo, les décisions concernant les sorties, les allègements dans l'exécution ou la date de la libération tombent souvent tardivement et ne correspondent pas aux progrès du patient sur le plan thérapeutique. Le thérapeute doit alors déployer des trésors d'habileté pour que le patient reste motivé à poursuivre le traitement malgré le manque de renforcement positif.

■ Tertio, les décisions des autorités sont perçues comme imprévisibles et incontrôlables, ce qui diminue la motivation intrinsèque du patient. Il est nécessaire que les attentes des autorités d'exécution soient expliquées de façon transparente et que les décideurs externes soient atteignables et accessibles. En parallèle, il convient de définir précisément les responsabilités. Une collaboration plus étroite entre les trois parties et une répartition claire des rôles peuvent accroître le sentiment de contrôle sur le déroulement de la thérapie et, par là même, l'implication du patient dans le traitement.

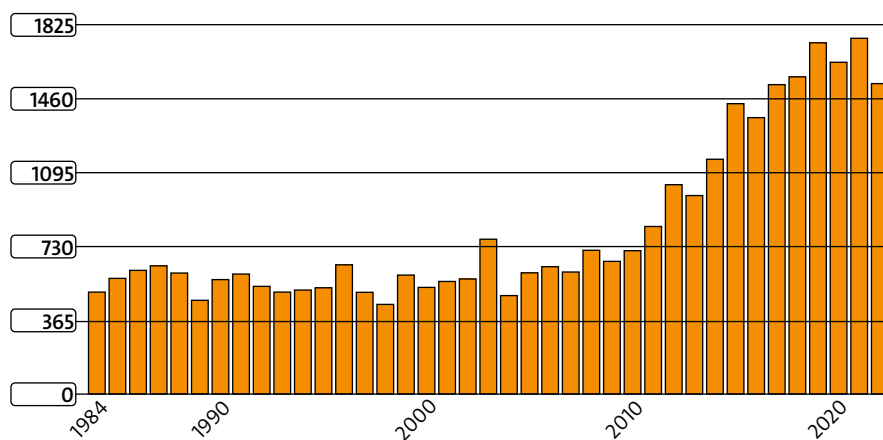
3) Nécessité de rester sincère, authentique et soutenant

Une attitude positive, sincère, authentique et soutenant est essentielle pour établir une relation de confiance avec le patient. De manière générale, les thérapeutes considèrent que le travail avec les auteurs d'actes criminels est enrichissant, mais éprouvant sur le plan intellectuel, physique et émotionnel. Témoigner une estime positive au patient semble particulièrement ardu, avant tout à cause de la réaction émotionnelle négative suscitée par l'acte dont il s'est rendu coupable et de la durée du traitement, qui est souvent longue dans l'exécution des mesures. Il est difficile d'entretenir l'espoir, en particulier lorsque la détention est appelée à durer. En outre, l'analyse de l'acte criminel peut générer de la peur et du dégoût chez le thérapeute, ce qui peut entraîner un stress important.

L'acte commis, de même que le statut de détenu, provoquent non seulement des sentiments négatifs chez le thérapeute, mais peuvent aussi donner lieu à une attitude discriminatoire. Les détenus

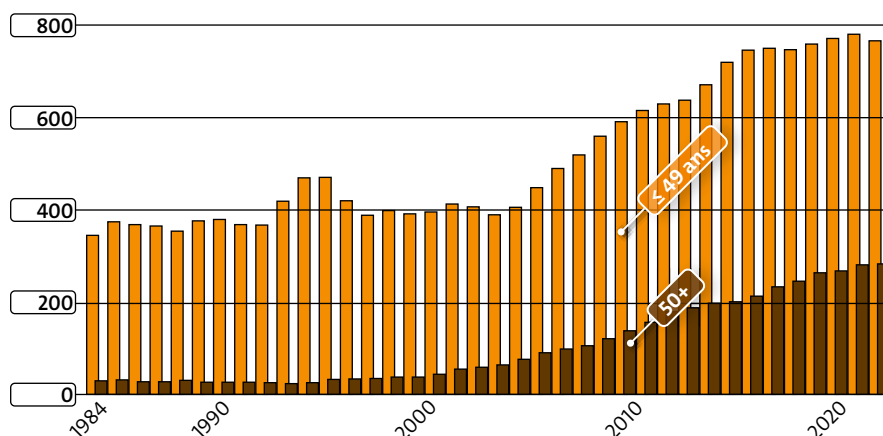
font souvent état de commentaires méprisants et d'humiliations. Il n'est pas rare que les thérapeutes fassent preuve de condescendance et aient du mal à traiter leurs patients avec respect. L'estime positive, au contraire, témoigne d'une volonté sincère d'aider le patient à améliorer son bien-être et son avenir. Elle implique notamment que le thérapeute prenne le temps d'écouter le patient avec attention et qu'il lui donne ainsi le sentiment d'être compris.

Le thérapeute fait donc face à un dilemme : d'un côté, il doit se montrer authentique et sincère avec le patient, de l'autre, l'acte commis et l'individu suscitent des sentiments négatifs forts chez lui. Bon nombre de thérapeutes résolvent le problème en condamnant l'acte, mais en témoignant du respect à la personne considérée dans sa globalité. Cette attitude respectueuse est importante, car l'estime



Graphique du haut : Durée médiane (en jours) de séjour des personnes libérées de l'exécution d'une mesure (établissements pénitentiaires uniquement). Une longue durée de séjour a une influence sur l'effectif de détenus (voir ci-dessous). Données : OFS, 19.04.02.43

Graphique du bas : Exécution des mesures, effectif moyen des deux classes d'âge « moins de 50 » et « 50 ans et plus » (établissements pénitentiaires uniquement). Jusqu'en 2000, la classe d'âge 50+ représentait moins de 10 % de l'effectif ; depuis 2010, elle a dépassé les 20 %, avec un pic en 2021 (27 % et 279 détenus). Données : OFS, 19.04.01.41





Salle de thérapie individuelle dans le centre d'exécution des mesures de Bitzi. Photo : Peter Schulthess, 2017

de soi et le potentiel de changement sont liés. Le sentiment d'être étiqueté ou considéré de façon stéréotypée a un impact négatif sur l'instauration d'une relation de confiance. Comme il s'agit là d'un des facteurs qui influencent le plus le succès de la psychothérapie, il faudrait être particulièrement attentif à éviter les attitudes stigmatisantes.

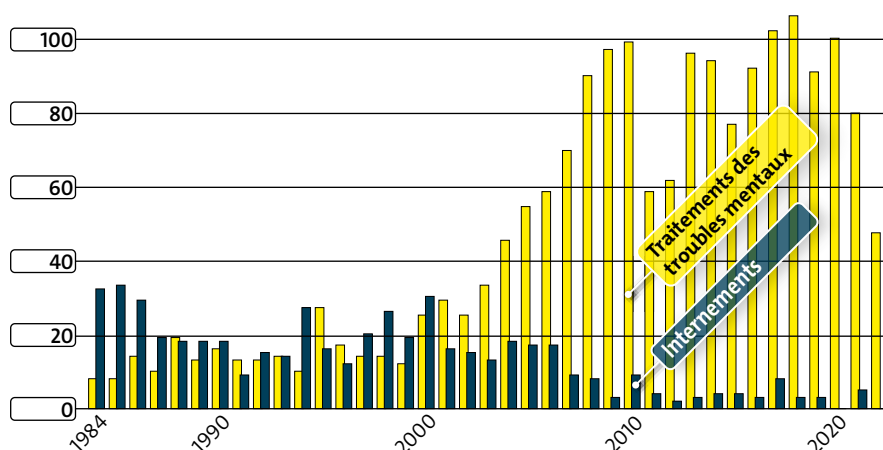
4) Possibilité d'opérer des choix dans un environnement contrôlé

Les conditions dans lesquelles les mesures sont exécutées sont prédéfinies, mais à l'intérieur de ce cadre imposé, il existe certaines possibilités de choix. Pour soutenir la motivation intérieure du patient, il est important de lui donner des compétences de décision afin de l'encourager à participer activement au traitement. Pour ce faire, il faut lui fournir des informations sur les possibilités offertes par la psychothérapie, y compris les attentes que l'on peut placer dans le traitement dans le cadre de l'exécution de la mesure.

Par ailleurs, il est essentiel que le thérapeute fasse preuve d'une certaine flexibilité pour tenir compte du patient dans son individualité. Il est important que celui-ci ait son mot à dire sur la définition du contenu de la thérapie – à savoir les thèmes personnels qui seront discutés – afin de respecter ses besoins et intérêts et de le motiver. En outre, il est fondamental, en particulier au début d'une intervention, de laisser le patient déterminer le rythme auquel la confiance s'établit afin de lui donner le sentiment de contrôler la situation et d'être celui qui dicte le tempo. Il s'agit là d'un élément capital pour bâtir une relation basée sur la confiance, mais aussi pour motiver le patient à s'impliquer dans le traitement.

5) Gestion de la limitation du secret professionnel

Le secret professionnel garantit la confiance entre le médecin et le patient et est donc un pilier de la relation entre les deux. La qualité de cette relation est essentielle, car elle influence directement la réussite du traitement psychothérapeutique. Dans le cadre de l'exécution des mesures, le secret professionnel est toutefois fortement limité, puisque des informations importantes sur la santé psychique et sur l'évolution du traitement sont partagées avec des représentants du système judiciaire. En Suisse, la pratique dans ce domaine ne fait toujours pas l'unanimité. Les stratégies vont d'une levée complète de la confidentialité à l'absence de toute transmission d'informations sans l'accord du patient.



Exécution des mesures, incarcérations selon le genre de mesure : traitement des troubles psychiques (art. 59 CP) et internement (art. 64 CP). Les incarcérations ont diminué (il n'y a même eu aucune incarcération en 2020 et 2022), mais l'effectif reste stable dans ce groupe

(voir #prison-info 2/2023, p. 52). La même remarque s'applique aux incarcérations en vertu de l'art.59 CP : elles fluctuent, mais l'effectif ne cesse de croître depuis le milieu des années 2000. Données : OFS, 19.04.02.42

Transparence et...

En relation avec cette limitation du secret professionnel, il est intéressant de relever que les résultats de notre étude ont montré que, dans la pratique quotidienne, la transparence est un outil essentiel pour bâtir une relation de confiance avec le patient. Il est avant tout important que les conditions soient annoncées explicitement au départ, puis répétées chaque fois que nécessaire. Cela signifie que le thérapeute doit clarifier à quel moment il communique quelles informations à qui. En outre, les rapports annuels sur l'évolution de l'état psychique et les progrès thérapeutiques devraient par exemple être partagés dans un premier temps avec le patient. Un tel système instaure non seulement la transparence quant aux informations transmises, mais permet aussi au patient de discuter au préalable du contenu avec le thérapeute, ce qui évite qu'il ait le sentiment d'être mis devant le fait accompli. Même s'il ne peut pas modifier directement la teneur du rapport, cette forme de transparence augmente le sentiment de contrôle dans la thérapie.

La transparence ne va cependant pas sans soulever certaines difficultés. Le psychothérapeute doit trouver un équilibre et décider quelles informations il va transmettre et quels détails très privés qui ne sont peut-être pas pertinents pour les autorités resteront confidentiels. Les directives existantes ne sont toutefois pas spécifiques et ne fournissent pas d'indication concrète pour résoudre la question de la confidentialité dans le quotidien carcéral.

« En relation avec cette limitation du secret professionnel, la transparence est un outil essentiel pour bâtir une relation de confiance avec le patient. »

« Il est important de séparer clairement les rôles et de définir expressément les responsabilités en collaboration avec toutes les parties concernées. »

... séparation claire des rôles

La collaboration du thérapeute avec le système judiciaire est acceptée par le patient tant qu'elle se limite à la transmission d'informations. Il est important de séparer clairement les rôles et de définir expressément les responsabilités en collaboration avec toutes les parties concernées. Cela signifie que la personne responsable au sein de l'autorité d'exécution devrait être connue et accessible et que c'est elle qui devrait annoncer les allègements dans l'exécution et les sanctions. Lorsque le thérapeute assume des tâches de « contrôle » (communication de sanctions, etc.) qui ne font pas partie de la thérapie, cela influence négativement la relation avec

le patient. Il est essentiel qu'il endosse un rôle de soutien et que le patient voie que son objectif est d'améliorer sa santé et son bien-être.

La séparation des rôles et la transparence face à la limitation du secret professionnel sont donc des aspects fondamentaux pour instaurer une relation de confiance entre le thérapeute et le patient. La consolidation de cette relation est essentielle, car c'est le facteur qui influence le plus la réussite du traitement psychothérapeutique : sans confiance, il n'y a pas de succès possible, et sans succès, pas d'amélioration du pronostic légal ni de réduction du risque de récidive.

Échos de patients

« La thérapeute voulait remonter jusqu'à ma naissance. Je lui ai dit : Attends, j'ai 60 ans, je n'ai plus beaucoup de temps devant moi. On ne va pas y arriver comme ça. »

« C'est assez difficile [d'aborder les questions critiques], parce qu'il est douloureux de regarder à l'intérieur de soi, là où il y a des faiblesses, des douleurs, des traumatismes, des blessures... On essaie de se protéger ! Se faire mal pour voir ce qui ne va pas n'est pas naturel ! »

Échos de thérapeutes

« Notre programme fonctionne comme ça, trois à cinq ans, voilà. Tu veux ou tu ne veux pas ? Dans ce contexte, la question de la motivation est toujours un peu, disons, eh bien, c'est moyen. »

« Je n'allais pas bien. Ça a travaillé en moi, bouillonné... et maintenant, ça va ! La situation est bien meilleure. À présent, je me sens... je me sens... libéré dans une certaine mesure... C'est drôle de parler de liberté quand on est en prison (rires), mais c'est la réalité. »

« S'agit-il d'une pure stratégie sans réelle volonté de changement ou le patient le pense-t-il vraiment ? Ou, troisième possibilité – et je crois que c'est le cas le plus fréquent –, c'est vraisemblablement une stratégie, mais à travers la stratégie, on peut encore le motiver à s'impliquer et peut-être que ça finira par aller. »

« Le traitement est plus efficace quand les patients sont motivés à changer (...). On doit donc faire des choses qui les aident à voir qu'il est dans leur intérêt de participer, car en général, ils pensent qu'ils suivent un traitement pour nous contenter, pour contenter le système et l'autorité d'exécution. L'objectif du thérapeute est d'amener le patient à reconnaître que ce n'est pas le cas. Participer est vraiment dans son intérêt, parce que les choses que nous faisons dans le cadre du programme thérapeutique l'aideront à avoir une vie meilleure. »



Établissement pénitentiaire de Soleure.
Légende, voir p. 31.

Il faut davantage d'institutions qui offrent une prise en charge intensive et un niveau de sécurité moindre

Les seniors sont souvent détenus dans des conditions inadaptées au regard du risque qu'ils présentent

Les détenus âgés requièrent une prise en charge plus importante sur le plan médical et social et présentent un risque de récidive moins élevé. Par conséquent, il faudrait davantage d'institutions qui assurent des soins sur la durée avec un niveau de sécurité moindre. Les mesures de sécurité sont souvent excessives dans les établissements qui accueillent les seniors. Des conditions de détention appropriées permettraient non seulement de réaliser des économies, mais aussi de mieux répondre aux besoins des aînés.

Helene Seward, Bernice Elger et Tenzin Wangmo

« L'âge est un facteur prédictif faible, mais robuste du risque de récidive en général. La probabilité de réitération de l'acte diminue fortement à partir de 50 ans. »

La part des seniors augmente non seulement parmi les détenus, mais aussi chez les personnes qui sont relâchées. Les évaluations de risque occupent une place centrale dans les décisions relatives aux allègements dans l'exécution, dans la planification de la libération et dans les interventions et les mesures recommandées. Malgré le nombre croissant d'aînés exécutant une sanction et d'expertises psychiatriques demandées pour cette catégorie de détenus, les données disponibles sur l'évaluation du risque et la réinsertion sont maigres pour ce groupe d'âge.

Un risque de récidive plus faible avec l'âge

Le taux de criminalité diminue avec l'âge, tout comme la probabilité d'une récidive. L'âge est un facteur prédictif faible, mais robuste du risque de récidive en général. La probabilité de réitération de l'acte chute fortement à partir de 50 ans ; à partir de 60 ans, les récidives sont rares, et après 70 ans, elles ne représentent plus que des cas isolés. Étant donné que, jusqu'à présent, l'adaptation de l'évaluation du risque aux détenus âgés n'a que peu rete-

nu l'attention des chercheurs, ces appréciations se basent, pour la plupart, sur des données groupées recueillies sur un échantillon de détenus relativement jeunes, puis généralisées aux aînés. Ce système conduit le plus souvent à surestimer le risque chez les seniors, même lorsque l'âge est pris en compte dans les outils utilisés pour établir un pronostic.

Le faible nombre d'études à disposition ne permet pas non plus de définir clairement les facteurs qui évoluent en fonction de l'âge. Les résultats sont par exemple contradictoires pour le risque de récidive lors d'infractions à caractère sexuel ; certaines études mettent en évidence une baisse linéaire à mesure de l'avancée en âge, alors que d'autres ne relèvent aucun lien avec l'âge. L'évaluation du risque reste donc difficile dans chaque cas particulier. Des expertises psychiatriques n'en sont pas moins établies aujourd'hui pour des détenus âgés. Le manque de recommandations spécifiques pour ce groupe d'âge nous a poussés à nous intéresser, dans notre étude, à l'établissement de ces expertises et à la façon dont elles sont perçues par les seniors.



Cellule d'un détenu âgé en régime semi-ouvert dans l'établissement pénitentiaire de Crételongue.

Photo : Peter Schulthess, 2019



Détenu âgé dans sa cellule dans l'établissement pénitentiaire de Saxerriet. Photo : Peter Schulthess, 2006

Évolution et influence de la santé

À partir de 50 ans, les troubles somatiques et les atteintes cognitives augmentent, ce qui rend l'établissement des expertises plus complexe et plus long et mobilise davantage de ressources. Le recours à divers spécialistes pour des examens complémentaires (des évaluations neuropsychologiques, p. ex.) requiert la mise en place d'un processus interdisciplinaire qui implique un investissement considérable. Dans ce contexte, il faut souligner que le déclin des forces et la réduction du risque ne sont pas directement corrélés et qu'il est donc nécessaire d'examiner de près le rapport entre la limitation physique et le type d'infraction. Si le risque d'actes de violence diminue avec l'âge, par exemple, ce n'est pas forcément le cas pour l'exhibitionnisme et la pédophilie.

Les symptômes de diverses maladies psychiques et la prévalence de ces affections fluctuent avec l'âge. La fréquence des troubles mentaux augmente, à l'instar du risque de polymorbidité. La probabilité de développer certaines maladies évolue elle aussi : l'abus de substances illégales est plus rare dans la population âgée, alors que les excès d'alcool sont plus répandus. La probabilité de voir apparaître des symptômes dépressifs est aussi nettement plus élevée chez les détenus âgés.

L'intensité des symptômes peut également varier avec l'âge. Il semblerait par exemple que, chez les personnes atteintes de schizophrénie, les symptômes psychotiques diminuent, alors que les symptômes négatifs augmentent. Pour les troubles de la personnalité, la littérature scientifique livre des résultats contradictoires. Les traits psychopathiques sont décrits tantôt comme moins marqués, tantôt comme constants. Lors de l'évaluation du risque, il faut donc examiner si des changements sont intervenus dans la gravité des symptômes de la maladie psychique et si d'autres troubles sont venus s'y ajouter, puis déterminer dans quelle mesure ces changements sont pertinents pour l'infraction initiale et l'appréciation du risque de récidive.

Une attitude généralement plus apaisée avec l'âge...

On associe parfois l'âge à une attitude plus paisible. Avec les années, la motivation et la pulsion criminelles s'atténueraient, par exemple parce que la fréquentation de délinquants du même âge diminue ou parce que le couple et la famille revêtent davantage d'importance. Ce phénomène pourrait également être lié à la prise de conscience de sa propre finitude et à la confrontation avec la mort qui approche.

... mais des moyens financiers et un réseau social restreints

Les détenus âgés disposent souvent de moyens financiers extrêmement modestes et ont peu de chances de retrouver un emploi. Soit ils ont déjà atteint l'âge de la retraite, soit leurs perspectives sont faibles sur le marché du travail primaire à cause de la stigmatisation qui entoure la détention et du manque de possibilités d'évolution professionnelle derrière les barreaux. La probabilité que l'institutionnalisation ait laissé des traces – dépendance à l'égard de structures institutionnelles, isolement social, repli sur soi, etc. – est plus élevée. Dans bien des cas, les détenus âgés n'ont pas de famille pour les soutenir et leur cercle social est très limité. Le risque d'isolement et de solitude est important, ce qui a des conséquences négatives au niveau de l'évaluation du risque.

Conditions de détention : une sécurité élevée malgré un faible risque

Alors que la plupart des jeunes détenus retrouvent un appartement à eux après leur libération, les seniors sont souvent obligés d'aller en EMS ou dans une autre forme de logement protégé. Pour beaucoup d'entre eux, vivre seul est tout simplement impossible ou présente des difficultés particulières à cause du manque d'argent et de la faible probabilité qu'ils réintègrent le marché du travail. Par ailleurs, ils ont besoin d'un soutien important, car après une longue période derrière les barreaux, leur cercle social s'est sensiblement amenuisé. À cela s'ajoutent des problèmes de santé et un besoin marqué de soins.

Étant donné que la santé se dégrade avec l'âge et que le risque de récidive diminue fortement, les détenus âgés ont besoin d'une prise en charge médico-sociale intensive, mais requièrent des mesures de sécurité moins poussées. Il semblerait qu'un à deux tiers des seniors soient détenus dans des conditions inadaptées au regard du risque qu'ils présentent, le niveau de sécurité étant généralement plus élevé que nécessaire. Ce phénomène s'explique notamment par le manque d'institutions de soins de longue durée offrant un niveau de sécurité bas ou moyen. Le recours aux institutions publiques qui pourraient couvrir les besoins des seniors sur le plan des soins se révèle particulièrement ardu ; les places sont très limitées et la stigmatisation qui entoure la détention, de même que les craintes concernant la sécurité, constitue un obstacle de taille.

« À partir de 50 ans, les troubles somatiques et les atteintes cognitives augmentent, ce qui rend l'établissement des expertises plus complexe et plus long et mobilise davantage de ressources. »

« Un à deux tiers des seniors sont détenus dans des conditions inadaptées au regard du risque qu'ils présentent, le niveau de sécurité étant généralement plus élevé que nécessaire. »

« La façon dont les évaluations de psychiatrie légale sont établies et dont les décisions sont prises doit être communiquée plus clairement. »

Des sentiments ambivalents vis-à-vis de la libération

Il faut également souligner que bon nombre de détenus âgés sont angoissés à l'idée d'être relâchés. Conscients de leur manque de ressources et de perspectives et du déclin de leurs forces, ils ne se sentent pas armés pour affronter le retour dans la collectivité et incapables de se construire une existence. Beaucoup éprouvent par conséquent des sentiments ambivalents vis-à-vis de la libération : d'un côté, ils veulent davantage de libertés personnelles et de congés, de l'autre, ils ont peur de ne pas disposer des compétences nécessaires pour être autonomes.

Une sécurité trop élevée, associée à des restrictions sévères disproportionnées pour ces seniors, soulève des questions éthiques et financières ; ces personnes âgées ont plutôt besoin de soins intensifs et suivis. Il ne faudrait par conséquent pas seulement envisager la libération conditionnelle des détenus âgés souffrant de maladies chroniques ou d'infirmités, mais également prévoir davantage de solutions pour les accueillir sur la durée avec un dispositif de sécurité moins important. Un tel système permettrait de faire des économies, mais aussi de mieux répondre aux besoins des personnes concernées sur le plan médical et social.

Standardisation et plus grande transparence

Des experts forensiques critiquent l'absence de standardisation dans les expertises psychiatriques établies pour les seniors, ce qui n'est pas surprenant. Les recommandations formulées dans ces documents sont souvent très prudentes. La culture du risque zéro et la peur des conséquences professionnelles mettent les experts sous forte pression ; pour eux, il s'agit d'écarter tout risque ou, du moins, de réduire le risque au strict minimum afin de protéger le public.

À chaque expertise psychiatrique ultérieure, soit tous les cinq ans au moins dans l'exécution des mesures, la personne concernée espère une amélioration. Mais lorsque les résultats ne dépendent pas seulement de ses progrès thérapeutiques, mais aussi d'autres paramètres qui n'ont rien à voir avec le traitement, ses espoirs d'un avenir meilleur sont réduits à néant ; elle peut alors estimer que ses efforts ne servent à rien. Les détenus mettent en doute la crédibilité des expertises, car ils constatent souvent des différences radicales entre les experts. L'absence de standardisation, en particulier dans les évaluations réalisées pour les seniors, sape ainsi la crédibilité des experts et du système.

La façon dont les évaluations de psychiatrie légale sont établies et dont les décisions sont prises doit être communiquée plus clairement. Ces décisions doivent par ailleurs être exposées de manière intelligible aux patients et motivées. Une plus grande transparence de la part des experts pourrait conduire à une évaluation plus objective. Étant donné que la thérapie, dans l'exécution des mesures, vise à réduire le risque de récidive et à permettre une réinsertion progressive dans la société, il est important que les personnes concernées comprennent leurs progrès effectifs et qu'elles aient le sentiment que les décisions sont objectives, justifiées et équitables. Elles doivent être conscientes des objectifs qu'il leur faut atteindre pour être éventuellement remises en liberté. La transparence a également des effets positifs pour le système de justice, car la libération de personnes qui n'ont plus besoin d'une prise en charge intensive et de mesures de sécurité poussées est juste et permet de diminuer les coûts.

Échos de détenus âgés

« Je ne me fais pas d'illusions, quand je sortirai, je ne pourrai pas faire de folies. Ici, je gagne trois fois rien, vous vous en doutez, alors, ce sera probablement de nouveau l'aide sociale, les prestations complémentaires et ainsi de suite et, pour finir, le home avec d'autres vieux. Du coup, je repousse cette perspective le plus possible. »

« Ils [les juges] basent leurs décisions sur l'expertise, sur les rapports thérapeutiques et, ces dernières années, sur des [exemples de cas négatifs] extrêmes. C'est ce qui compte, en principe. [...] Ce n'est pas la façon dont les personnes se sont comportées en prison, par exemple si elles ont bien fait leur travail ou le reste. Ça [ces questions], ça ne compte pas. [...] Les expertises sont très négatives [...]. Parce que chacun protège son domaine et parce qu'il y a la question de la responsabilité, au cas où il se passerait quelque chose, je veux dire... [...] Et il y a clairement la perte du travail. On m'a déjà dit très clairement, les autorités, donc, m'ont dit : Attention si vous sortez et qu'il se passe quelque chose, il y a un gros risque que vous perdiez votre travail. »

« Logiquement, ça s'est amélioré, déjà rien qu'à cause de l'âge, ça a une immense, immense influence. Comme je l'ai dit, ça fait maintenant 28 ans que je

suis enfermé, donc ça fait un certain temps, c'est sûr. Naturellement, avec l'âge, il y a déjà eu pas mal de changements dans ma façon de voir les choses quand je pense à ce que j'ai fait. (...) Grâce à ça, grâce aussi à la thérapie et au soutien, il est logique que je me pose des questions, que j'aie le temps de réfléchir. »

« Après toutes ces années passées en prison, je deviens toujours plus dangereux, paradoxalement. »

« Et si ni les autorités, ni les experts ne sont prêts à assumer la responsabilité, chaque personne qui se trouve en détention ici a automatiquement un mauvais pronostic légal. Car tant qu'il y a un pronostic, les autorités ont les moyens de maintenir la personne en détention. Et tant qu'elle est en détention, elle ne peut rien faire de mal, et si elle ne peut pas faire de mal, pas récidiver ni rien, il n'y a pas de critiques. »

« Entre 20 et 40 ans, quand j'ai commis les actes qui m'ont envoyé derrière les barreaux, je ne suis jamais allé me coucher sans m'être exhibé au moins trois, quatre, cinq ou six fois et m'être masturbé jusqu'à l'éjaculation. Et aujourd'hui, si je me masturbe une fois par semaine, c'est déjà beaucoup. C'est l'âge, quoi. »

Échos d'experts

« Soupairs) J'ai donc fait une expertise privée pour un pédophile de 70 ans. Une experte avait proposé un traitement avec des médicaments qui inhibent la libido. Pour elle, c'était le seul moyen pour qu'on puisse éventuellement le laisser sortir. Et moi, je ne fais pas d'expertises privées d'habitude, mais j'en ai fait une parce que c'était tellement absurde [...] Il y a quelques patients – des patients

âgés, donc – qui sont internés et où ça n'a probablement pas de sens. La dangerosité [...], pour moi, c'est purement une question de politique. Administrer un médicament pour diminuer le taux de testostérone à un individu de 70 ans, ça n'a aucun sens du point de vue biologique, ce n'est rien d'autre que des chicaneries »

« S'ils pouvaient le faire sans difficulté, ils récidiveraient, mais pas avec la même énergie ou le même élan que dans leur jeunesse. Si on pouvait examiner ça de plus près, on pourrait certainement placer une partie de ces personnes dans un environnement moins limitatif, moins restrictif. »

« C'est bien simple, c'est la sécurité à tout prix. Il ne doit absolument rien arri-

ver. On monte tellement en épingle la plus infime possibilité qu'un incident puisse survenir à un moment ou à un autre – un incident qui n'est généralement pas si grave – qu'on adopte des mesures répressives même chez les détenus âgés alors que ce n'est pas du tout nécessaire. »

L'isolement et la solitude affectent bon nombre de détenus âgés

L'absence de relations de qualité avec d'autres personnes augmente le risque de diverses maladies et de décès prématuré

Une pandémie de solitude frappe la population vieillissante. Depuis que la COVID-19 nous a obligés à nous isoler, nous sommes mieux placés pour comprendre les conséquences de la distanciation sociale. La littérature récente a montré que les personnes âgées incarcérées sont particulièrement exposées à des complications liées à la santé en raison de leur isolement en milieu carcéral, ce qui réduit leur capital social. La santé mentale et physique peut être gravement affectée par la solitude et l'isolement social.

Félix Pageau, Tenzin Wangmo, Bernice Elger et Helene Seaward



Félix Pageau, gériatre et professeur associé, enseigne et fait de la recherche au Centre d'excellence en vieillissement, au Centre de recherche en santé durable et à la faculté de médecine de l'Université Laval à Québec.

Être seul et se sentir isolé sont deux réalités bien différentes. D'aucuns diront : « Je me sens si seul entouré d'étrangers, même dans une grande ville », tandis que d'autres s'exclameront : « Quel bonheur d'être enfin seul ! ». Les sentiments, le ressenti et la vision des relations humaines sont bien différents dans ces deux situations. On le comprend rapidement. Ces deux réalités sont liées ou non. Un individu peut être isolé ou avoir des contacts réduits avec d'autres êtres humains sans se sentir seul ou délaissé et inversement. Or, force est de constater dans la littérature scientifique, gériatrique et carcérale que l'isolement comme la solitude peuvent augmenter le risque de divers problèmes de santé mentale et physique.

L'isolement social et la solitude des aînés en Occident

Si « L'enfer, c'est les autres » selon Jean-Paul Sartre, l'absence de relations de qualité avec d'autres personnes apparaît pire selon la science. L'isolement social désigne la réduction du nombre ou de la qualité des interactions avec autrui. L'Europe et l'Amérique du Nord mettent souvent de côté les aînés. Plusieurs dynamiques sont évidemment à l'œuvre

et l'isolement social des aînés dépasse la seule volonté individuelle ou même celle de leurs familles. Les gens font moins d'enfants et les femmes (qui, traditionnellement, travaillaient comme femmes au foyer) n'assument plus seules le poids de la charge des enfants et des parents vieillissants. Bien que le domaine des soins gériatriques demeure grandement féminin, les hommes n'ont pas pour autant délaissé leurs emplois pour prendre davantage soin des personnes âgées de leurs familles.

L'industrie des résidences pour personnes âgées exerce aussi des pressions pour que les aînés soient de plus en plus regroupés dans des lieux qui leur sont dédiés. Ainsi, la cohésion inter- et intragénérationnelle s'est effritée par l'exigence du travail et de la marchandisation des soins aux aînés. Le vieillissement de la population mondiale amplifie ce phénomène. L'occidentalisation du monde a aussi eu pour effet de mondialiser cette tendance. Les gens travaillent plus partout dans le monde dans le but d'accumuler du capital. Les individus y voient une possibilité pour améliorer leurs conditions de vie et délaissent ainsi leurs proches malades qu'ils confient à des institutions. La pression sociale est forte.

Seul, entouré de gens

Toutefois, il faut rappeler que l'isolement peut être souhaité et ne signifie pas nécessairement un plus grand sentiment de solitude. La solitude est un sentiment désagréable de ne pas avoir de contacts enrichissants avec autrui. Elle peut être vécue même entouré de gens qui n'entretiennent pas de réelles relations humaines profondes et riches avec les aînés. Les gens qui travaillent en résidence, dans le milieu des soins de santé ou qui délivrent des services dans ce domaine ne brisent pas nécessairement l'isolement ni la solitude. C'est particulièrement vrai dans le contexte de la fragmentation des soins et de la rotation de personnel, toutes deux accentuées par les visées de la nouvelle administration publique qui cherche à réduire les coûts et qui considère tout employé égal à un autre. On oublie ainsi l'importance des liens tissés entre personnes qui s'apprécient, ce qui aurait pour effet de réduire la solitude, mais qui n'arrive pas, car les gens changent de milieu de travail à répétition.

Cela a des conséquences sur les populations aînées marginalisées, qui présentent souvent des troubles neurocognitifs, différentes maladies chroniques et des problèmes psychiatriques récurrents. Tant la solitude que l'isolement augmentent le risque de mortalité précoce et les complications des diverses conditions de santé, par exemple la dégradation de la démence.

Les personnes âgées privées de liberté

Notre équipe de recherche souhaitait donc mieux comprendre les implications de la solitude et de l'isolement pour une population fortement marginalisée – les personnes incarcérées vieillissantes. La plupart des personnes interrogées se sentent seules en raison du manque de relations humaines significatives en prison. Pour certaines, c'est un choix

de se retrouver seule, isolée, mais sans ressentir de solitude. Une personne incarcérée l'exprime assez clairement dans ce qui suit : « Il y a des jours où je cherche et trouve vraiment des contacts, parce que les autres sont des gens ouverts comme moi. Mais il y a des jours où je n'ai pas vraiment envie d'être là, en contact avec les autres. Je préfère me retirer un peu et je n'ai simplement besoin de personne. »

Contacts avec le personnel

Les relations entre certains membres du personnel pénitentiaire et les personnes détenues sont affectées par des pratiques de stigmatisation et d'étiquetage, c'est-à-dire par la dévalorisation des personnes détenues en raison de leur statut de « détenu ». Certains agents de détention n'entretiennent pas de bonnes relations avec les gens derrière les barreaux : « C'est aussi lié au respect du personnel, mais pour nous, il y a du personnel ici qui, à mon avis, dit : "Eh toi, le prisonnier : deuxième classe ou moins que rien. Eh bien, les nuls". Nous avons aussi ça. Je me demandais aussi pourquoi ils n'arrêtaient pas. Et si nous étions si terribles et que ce n'était pas amusant de travailler avec nous ? Arrêtez donc. Alors, oui. » Les contacts avec le personnel pénitentiaire sont en outre limités et manquent de capital social. Ce dernier représente les ressources qu'une personne a pour réduire son isolement et sa solitude. Il comprend, entre autres, la confiance, l'amitié et les contacts fréquents avec d'autres personnes.

Dans la majorité des cas, les relations avec le personnel de santé semblent occuper une place importante et sont souvent vécues positivement. Un détenu souligne par exemple les précieuses interactions avec le personnel de santé : « Écoute, j'ai une infirmière [nom] qui est très gentille avec moi, qui m'écoute, etc. Mais le personnel médical est plutôt sympa. Il y en a d'autres qui, avec le temps,

« L'isolement peut être souhaité et ne signifie pas nécessairement un plus grand sentiment de solitude. »

« La plupart des personnes interrogées se sentent seules en raison du manque de relations humaines significatives en prison. »



Cellule dans la section pour détenus âgés de l'établissement pénitentiaire de Cazis-Tignez. Le plan, le mobilier et le dispositif de sécurité correspondent à ceux de l'exécution ordinaire.

Photo : Peter Schulthess, 2021

apprennent à nous connaître et on comprend leur fonctionnement. Mais normalement, je ne peux pas dire qu'ils sont méchants ou quoi que ce soit. Ils sont gentils ».

D'autres détenus ont souligné l'importance des relations avec le personnel de santé mentale, décrivant leur psychothérapeute comme la seule personne de confiance au sein de l'établissement. Cela montre non seulement l'importance de la position de ces personnes, mais aussi le manque de capital social au sein des établissements en dehors de ces gens. Ces derniers sont des ressources grâce auxquelles une personne incarcérée voit son isolement et sa solitude réduits.

Amitiés à l'intérieur et à l'extérieur

Les contacts avec l'extérieur de l'établissement pénitentiaire sont aussi diminués, ce qui est, du moins en partie, perçu comme une « punition » que vise l'emprisonnement. Un détenu le dit durement dans ce qui suit : « C'est une torture psychologique, cette vengeance de la justice qui nous isole complètement de la vie. Nous sommes dans un ghetto, comme dans un camp de concentration sans caserne et, dans une certaine mesure, c'est encore pire. [...] Plus de relations avec la société, plus de relations amoureuses avec le sexe opposé, avec les femmes, finies ces relations. Finies les rencontres de personnes qui pourraient nous enrichir. Il n'y a plus du tout ça ».

Se faire des amis semble être un défi pour tous les détenus interrogés, notamment parce qu'ils ne trouvent pas de personnes partageant les mêmes intérêts. En outre, un cadre institutionnel sécurisé aggrave l'isolement en raison des restrictions de mouvement imposées, telles que les règles concernant les déplacements entre les étages, les relations intimes et la séparation entre amis. Pourtant, il n'est pas impossible de nouer des amitiés.

L'absence de culture ou de langage communs joue aussi un rôle important : « [...] il y a le problème de la langue. [...] Pendant longtemps, j'étais le seul Suisse dans tout l'étage, le plus âgé (pause de 4 secondes) et le seul qui parlait français. Ici, il y a beaucoup d'étrangers. Donc, je n'ai aucun contact. Ce n'est pas possible. [...] D'abord, précisément à cause des langues, de la langue. Nationalité, langues et intérêts. »

L'organisation à l'intérieur de l'établissement pénitentiaire réduit les contacts de qualité et augmente à la fois l'isolement et la solitude : « Au début, j'étais tout seul. Donc, tout était fait pour m'empêcher d'être en contact avec qui que ce soit. Pas une seule fois, ils [les administrateurs de prison] m'ont mis, moi, avec des gens parlant une langue que je

peux parler. Juste pour que je n'aie personne avec qui être en contact. Je ne connais pas le roumain, le polonais... »

Les personnes incarcérées n'ont pas d'intérêts communs et la lourdeur des problèmes sociaux vécus par les autres diminue le goût d'avoir des discussions. Chacun a des problèmes et certains sont de bons amis pour écouter les autres. On le comprend dans ce que dit ce détenu : « Oui, c'est parce que vous êtes assis très près les uns des autres. Vous n'avez presque rien... tout le monde se plaint et même si ça ne vous intéresse pas vraiment et parce que vous devez porter votre propre fardeau. Ce sont juste des choses pour lesquelles on ne peut pas intervenir. Vous devez trouver un moyen de gérer le tout, là. Se définir, s'isoler ou se fermer les oreilles ; ça, tu dois d'abord être capable de le faire. » Il n'écoute plus les autres prisonniers qui sont pourtant collés à lui, car il ne se sent pas soutenu et ne veut pas nécessairement être ami avec des gens qui ont autant, sinon plus de problèmes que lui.

Conclusion

Les établissements pénitentiaires ont le potentiel de créer un environnement qui favorise les relations de confiance avec les autres et augmente ainsi le capital social des personnes détenues. À notre connaissance, cette étude est l'une des premières à présenter le point de vue des personnes détenues sur la solitude, l'isolement social et la faiblesse du capital social dans le cadre de la privation de liberté en Suisse. Comme la solitude et l'isolement peuvent augmenter le risque de problèmes de santé somatiques et psychiques, il faudrait mettre davantage l'accent sur la facilitation de relations solides pour les personnes détenues.

Particularités de l'alimentation chez les détenus âgés

Un risque de dénutrition à surveiller de près

Les changements qui interviennent dans l'organisme avec l'âge entraînent un risque de dénutrition particulièrement élevé chez les seniors en détention, dénutrition qui peut avoir de lourdes conséquences pour leur santé. En suivant certaines recommandations pour composer les menus, il est possible d'influencer positivement l'état nutritionnel et d'améliorer le bien-être.

Elisabeth Stock, Tenzin Wangmo, Bernice Elger et Helene Seaward



Elisabeth Stock fait son doctorat à l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Bâle. Elle a une longue expérience en tant que diététicienne en milieu clinique.

« Que ton alimentation soit ta meilleure médecine ». Cette formule attribuée à Hippocrate, le médecin le plus célèbre de la Grèce antique, souligne l'importance de l'alimentation pour la santé et le bien-être. Les aliments apportent à l'organisme l'énergie et les nutriments dont il a besoin. Ainsi, une alimentation saine et équilibrée crée les conditions nécessaires au bon fonctionnement du métabolisme et des organes. Essentielle à la santé physique et mentale, elle aide à rester en forme, contribue au bien-être et peut soutenir le processus de guérison en cas de maladie.

Des besoins nutritionnels particuliers chez les aînés

Il convient d'accorder une attention particulière à l'alimentation des seniors, car le vieillissement physiologique et les changements qui l'accompagnent affectent la prise de nourriture, ce qui a des répercussions sur la santé et la qualité de vie. Dans ce domaine, il faut mentionner avant tout la baisse

de l'appétit qui survient avec les années (anorexie liée à l'âge), un phénomène imputable à toute une série de modifications dans le système complexe de régulation de la faim et de la satiété. Avec l'âge, les signaux de faim diminuent, alors que les signaux de satiété augmentent. L'une des causes de l'anorexie des seniors est l'altération des perceptions sensorielles (odorat, goût et vue). Par ailleurs, l'envie de manger, contrôlée par le cerveau, se fait moins forte. L'estomac, de son côté, devient moins élastique, ce qui entraîne une satiété précoce. Il se vide aussi plus lentement, de sorte que l'impression d'être repu se prolonge après le repas. Enfin, les changements hormonaux jouent également un rôle dans la perte d'appétit.

Avec l'âge, l'équilibre hydrique est lui aussi perturbé. Cet équilibre, de même que la teneur en eau de l'organisme, est régulé par la soif et l'élimination du liquide par les reins. Étant donné que la sensation de soif s'atténue chez les personnes âgées, elles ne se rendent pas compte qu'elles sont déshydratées



Dans l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg, les repas sont, comme il y a 160 ans, servis à travers les passe-plats des portes de cellules fermées. À Lenzbourg, contrairement à d'autres établissements pénitentiaires en Suisse, tous les détenus mangent dans leur cellule.

Photo : Peter Schulthess, 2019

« Une personne en surpoids peut tout à fait souffrir de dénutrition. »

Salle à manger de l'établissement pénitentiaire de Crêtelongue. Un détenu âgé et vulnérable prend son repas au calme avant la ruée des autres détenus. La prise des repas au réfectoire a été introduite dans les établissements pénitentiaires suisses dans les années 1970 seulement.
Photo : Peter Schulthess, 2019

et ne boivent pas assez. Sous l'effet de changements hormonaux, les reins concentrent aussi moins bien l'urine, ce qui entraîne des pertes de liquide plus importantes que chez les personnes plus jeunes et augmente le risque de déshydratation.

Risque de dénutrition

Le risque de dénutrition est particulièrement élevé chez les seniors en détention, qui présentent davantage de problèmes de santé que la population générale. La dénutrition peut être quantitative ou qualitative. Dans le premier cas, elle est due à des apports énergétiques insuffisants sur une certaine durée, alors que dans le second, elle est liée à un déficit en protéines ou en autres nutriments tels que vitamines et oligoéléments. Ainsi, une personne en surpoids peut tout à fait souffrir de dénutrition.

Le manque d'apports énergétiques et de nutriments a de lourdes répercussions sur un grand nombre de fonctions corporelles. Le taux de mortalité augmente, de même que le risque de diverses maladies somatiques et psychiques. La dénutrition entraîne une altération de l'état général qui s'accompagne fréquemment de faiblesse, de fatigue, d'apathie et d'un manque d'entrain. La diminution de la masse et de la force musculaires augmente le risque de fractures osseuses. La musculature respiratoire s'affaiblit, ce qui affecte la fonction respiratoire et accroît le risque d'inflammation pulmonaire, car de la salive ou des aliments peuvent pénétrer dans les poumons sans qu'on s'en aperçoive (fausse route silencieuse). Le système immunitaire est lui aussi touché, d'où une plus grande vulnérabilité aux infections. Les plaies cicatrisent mal et le risque d'escarres augmente. Ces divers éléments ont également



des conséquences sur le plan social ; le besoin d'aide s'accroît et les séjours à l'hôpital se multiplient.

Risque de déshydratation

Les conséquences d'une déshydratation ne doivent pas non plus être sous-estimées. La sécheresse de la peau et des muqueuses est le premier signe d'un apport insuffisant en liquide. Elle se traduit par des lèvres gercées, une bouche sèche et des troubles de la déglutition – autant de facteurs qui peuvent à leur tour entraîner une dénutrition. La déshydratation est en outre souvent à l'origine de divers troubles tels que fatigue, problèmes de concentration, pertes de mémoire, maux de tête, vertiges et constipation. Chez les personnes âgées, elle peut très rapidement et insidieusement prendre des proportions alarmantes et constituer une menace mortelle, par exemple à la suite d'une défaillance cardiaque ou rénale.

Reconnaître la dénutrition...

La dénutrition n'est souvent pas identifiée comme telle ; on pense à tort à « une faiblesse liée à l'âge ». Il existe différentes méthodes pour la déceler. Les professionnels utilisent des outils d'évaluation spécifiques, comme le Mini Nutritional Assessment (MNA). Les non-spécialistes, de leur côté, devraient être attentifs à une perte de poids sans modification volontaire des habitudes alimentaires au cours des trois derniers mois, quel que soit le poids de départ. Il est par conséquent recommandé de contrôler régulièrement le poids des détenus âgés. En l'absence de données chiffrées, des vêtements qui flottent tout à coup, des restes dans l'assiette ou des changements de comportement (apathie, retrait plus fréquent dans la cellule, etc.) sont des signaux d'alerte.

Cuisine commune de la section 60plus dans l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg (voir p. 20 ss.). Les détenus peuvent préparer leurs repas eux-mêmes et manger ensemble ou seuls dans leur cellule. Deux fois par mois, Pro Senectute vient donner un cours de cuisine : « Les détenus suivent les instructions de la monitrice externe avec beaucoup d'humour et un comportement correct » (rapport annuel de l'établissement). Photo : Peter Schulthess, 2016



« En cas de suspicion de dénutrition, il convient de consulter un médecin. »

Séjour – salle à manger dans la section pour détenus âgés de l'établissement pénitentiaire de Cazis-Tignez. Les repas pris en commun combattent la tendance caractéristique au repli sur soi des détenus âgés.
Photo : Peter Schulthess, 2021

... et en rechercher les causes

Pour prévenir ou combattre la dénutrition, il faut en connaître les causes. Outre les changements physiologiques liés à l'âge, toute une série d'autres éléments peuvent, en particulier chez les seniors en détention, être à l'origine du problème (voir encadré). En comparaison avec la population générale, les détenus présentent plus souvent des maladies articulaires qui sont, dans bien des cas, associées à des douleurs et entraînent une perte de mobilité et de la fatigue – autant de facteurs susceptibles d'engendrer une baisse de l'appétit et, par là même, des apports alimentaires insuffisants.

Les maladies psychiques peuvent elles aussi jouer un rôle. On sait par exemple que la dépression est très répandue chez les détenus âgés. Or, c'est un facteur de risque de dénutrition, laquelle peut à son tour renforcer les symptômes dépressifs, notamment en cas de déficit en vitamine B. Dans le cadre de notre étude, quelques détenus âgés ont également mentionné qu'ils avaient perdu leurs dents et qu'ils avaient besoin d'un dentier. Souvent, la prothèse est mal ajustée, ce qui provoque des

inflammations buccales. Il n'est donc pas surprenant que ces personnes éprouvent des difficultés à s'alimenter.

En cas de suspicion de dénutrition, il convient de consulter un médecin. Diverses mesures peuvent être prises en amont pour améliorer l'état nutritionnel et les apports hydriques chez les détenus âgés. On peut par exemple leur servir une alimentation équilibrée, variée et riche en protéines, stimuler leur appétit par divers moyens, les encourager à boire suffisamment et adapter la consistance des mets.

Type d'alimentation

Selon l'ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus (règles Nelson Mandela), toute personne privée de liberté doit recevoir une alimentation de bonne qualité, bien préparée et servie, ayant une valeur nutritive suffisante au maintien de sa santé et de ses forces. Dans notre étude, quelques détenus âgés ont déclaré que les repas étaient de mauvaise qualité et qu'ils n'étaient pas adaptés à leurs besoins. Il n'est bien sûr pas facile de satisfaire les besoins et les souhaits de chacun,



car de nombreux facteurs (budget, personnel, etc.) entrent en ligne de compte. Le personnel responsable peut toutefois faire beaucoup pour améliorer l'offre autant que possible.

Des détenus âgés ont également critiqué le manque de variété dans les menus. À l'inverse, d'autres ont mentionné qu'ils avaient la possibilité de cuisiner eux-mêmes : « Le mercredi, nous discutons de ce que nous allons cuisiner le samedi et chacun peut dire ce qu'il aimerait manger. En principe, nous en tenons compte ou nous préparons des mets qui ne figurent pas souvent au menu. ». De manière générale, des mesures simples peuvent contribuer au bien-être des détenus âgés, par exemple de petits changements dans les menus, comme un accompagnement différent, un nouvel ingrédient dans une salade ou une autre sauce. Les détenus apprécient aussi les surprises.

Pour leur proposer une alimentation variée et riche en nutriments, les recommandations de la pyramide alimentaire suisse constituent une bonne base. Si nécessaire, il convient de procéder à des adaptations individuelles, par exemple en cas d'intolérance ou de maladies spécifiques. Les résultats de notre étude révèlent que ces exigences ne sont souvent pas remplies, comme en témoigne un détenu âgé : « Le lundi, il y a de l'émincé, le mardi de la goulasch, et chaque semaine, c'est la même chose.

Pour les personnes qui ne restent pas longtemps ici, ça peut aller, elles ne s'en rendent pas compte, mais quand on est dans l'établissement depuis deux ans, on mange toutes les semaines la même chose ! ».

Les protéines occupent une place particulière dans l'alimentation des aînés, car les besoins augmentent avec l'âge. Un apport insuffisant de protéines accélère la perte de masse musculaire liée à l'âge et est un facteur de fragilité. Les protéines contribuent au maintien de la masse musculaire et osseuse et soutiennent le système immunitaire. Chez les personnes malades, les besoins peuvent être accrus, par exemple en raison d'une inflammation ou d'une infection. Dans le cadre de notre étude, un détenu âgé a rapporté ceci : « Alors, j'achète 14 yogourts, des yogourts nature, parce que je n'aime pas les autres avec leurs arômes artificiels et leur quantité de sucre. On reçoit deux petites portions de fromage par semaine. » Cette offre de laitages devrait être améliorée, d'autant plus que les personnes âgées développent souvent une aversion pour la viande et les produits carnés. Des protéines devraient figurer au moins à chaque repas principal. Des collations telles que yogourt, babeurre ou pudding peuvent également contribuer à mieux couvrir les besoins.

« Un apport insuffisant de protéines accélère la perte de masse musculaire liée à l'âge et est un facteur de fragilité. »

Causes possibles de la dénutrition chez les détenus âgés				
Changements physiologiques liés à l'âge	Causes physiques	Atteintes à la santé	Atteintes cognitives et mentales	Facteurs directement liés à l'alimentation
■ Manque d'appétit ■ Altération du goût, de l'odorat, de la vue ■ Compensation incomplète des pertes de poids	■ Problèmes dentaires (difficulté à mastiquer à cause de dents manquantes ou d'une prothèse mal ajustée) ■ Sécheresse et inflammations buccales ■ Troubles de la déglutition ■ Perte de mobilité au niveau des bras et des mains	■ Constipation ■ Maladies aiguës ou chroniques ■ Douleurs ■ Polymédication, effets secondaires des médicaments	■ Dépression ■ Atteintes cognitives (démence, p. ex.) ■ État confusionnel	■ Menus pas adaptés aux besoins

« La sensation de soif est moins prononcée chez les seniors, de sorte que, bien souvent, ils ont tendance à ne pas boire assez. »

Environnement spécial dans le cadre de l'exécution ordinaire dans l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg, cellule 524 : L., âgé de 78 ans à l'époque, était passé par les établissements de Pöschwies, Thorberg et Wauwilermoos. « Quand il est arrivé chez nous, il pesait moins de 50 kilos. Il a été pris en charge par le service de santé, qui s'est beaucoup investi », explique le directeur. Interné, l'homme, fragile et marqué par un cancer, voulait si possible passer la fin de sa vie là et préparait son régime spécial lui-même selon des indications précises. La grande étagère murale lui permettait d'organiser la prise des médicaments et de rester autonome. Il est décédé quelques années plus tard.
Photo : Peter Schulthess, 2016

Conseils pour stimuler l'appétit

Le manque d'appétit est extrêmement courant chez les personnes âgées. Pour y remédier, il faut en déterminer les causes afin d'éviter une dénutrition rapide (voir encadré). Les recommandations suivantes sont notamment utiles pour aiguïser l'appétit :

- Adapter la taille des portions ; faire plusieurs petits repas répartis sur la journée, éventuellement aussi tard le soir.
- Varier les menus et proposer certains aliments à choix.
- Ne pas boire juste avant les repas, cela remplit l'estomac.
- Tenir compte des préférences individuelles ; les personnes âgées apprécient souvent les mets sucrés.
- Augmenter la densité énergétique et nutritionnelle en enrichissant par exemple les purées et les sauces avec des huiles végétales ou de la crème.
- Proposer des boissons riches en calories, p. ex. des jus de fruits dilués. Attention : contrôler la glycémie en cas de diabète.
- Consacrer suffisamment de temps aux repas.
- Inciter à bouger ; l'activité physique ouvre l'appétit.
- Veiller à une atmosphère agréable à table, disposer des serviettes ornées de motifs ou des décorations de table comme petites surprises en fonction de la saison.
- Aérer la pièce avant le repas ; l'air frais aiguïse l'appétit.

Aliments mous et purées

La consistance des aliments doit souvent être adaptée pour les aînés, par exemple à cause de problèmes dentaires qui rendent la mastication difficile. Un détenu âgé nous a confié ceci : « *J'ai perdu presque toutes mes dents pendant le séjour en prison... Cela fait 17 ans environ que j'ai une prothèse dentaire. Elle était abîmée et elle a été réparée un certain nombre de fois [par le dentiste], mais à présent, ce n'est plus possible et je ne peux plus utiliser la partie inférieure... [Les repas sont] devenus très pénibles, je ne peux plus mâcher, juste appuyer [avec le palais].* ». Après un accident vasculaire cérébral ou chez les personnes atteintes de démence, des troubles de la déglutition (dysphagie) sont également possibles. Si on suppose que c'est le cas, une consultation médicale s'impose, car il y a un risque de fausse route et d'étouffement. Souvent, un diagnostic et un suivi logopédiques sont nécessaires.

Dans notre étude, des détenus âgés ont déclaré que les aliments censés être mous ne l'étaient pas et que pour ce qui est des purées, c'est le repas en entier qui était mixé – avec un résultat

peu appétissant : « Le problème, c'est que je ne peux pas croquer. Alors, ils ont d'abord essayé de cuire les aliments pour qu'ils soient mous. Ça n'a rien donné, c'était toujours le même repas que les autres. On leur a ensuite conseillé de réduire les aliments en purée. Ils ont donc pris la viande, pris les légumes, tout mis dans une casserole et broum broum [imite le bruit du mixer]. Ça ressemblait à du vomir. ». Lorsque des détenus âgés ont besoin qu'on adapte la consistance des mets, il faudrait faire appel à une diététicienne pour les menus pour que les personnes concernées reçoivent tous les nutriments nécessaires et que les aliments aient bien la texture souhaitée.

Encourager l'hydratation

La sensation de soif est moins prononcée chez les seniors, de sorte que, bien souvent, ils ont tendance à ne pas boire assez. Des facteurs physiologiques ou liés à la maladie peuvent s'y ajouter et entraîner une déshydratation chez les détenus âgés. À titre indicatif, il faudrait boire au moins 1,5 litre de boissons non alcoolisées par jour (sauf prescription contraire du médecin). Les astuces suivantes permettent d'augmenter la quantité de liquide absorbée :

- Rappeler régulièrement qu'il faut boire (personnel et codétenus).
- Varier les boissons : proposer différentes sortes de tisanes, de jus, etc.
- Faciliter l'accès aux boissons : disposer des pots de boisson dans les parties communes et les cellules, toujours remplir les verres.
- Instaurer des rituels, par exemple toujours boire en entrant dans la cellule.

Liens

- La pyramide alimentaire suisse peut être consultée sur le site internet de la Société suisse de nutrition (www.sge-ssn.ch).
- Les brochures « Recommandations alimentaires suisses pour les seniors. Informations destinées aux professionnels et aux multiplicateurs » et « Standards de qualité pour une restauration collective promouvant la santé » sont disponibles sur le site internet de l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (www.blv.admin.ch).





Lit d'hôpital dans la division cellulaire de l'Hôpital de l'île à Berne.

Photo : Peter Schulthess, 2016

Fin de vie et mort derrière les barreaux

La hausse de la population carcérale âgée soulève toute une série de questions

Avec l'augmentation de la population carcérale âgée, des décès se sont déjà produits derrière les barreaux, et les cas sont appelés à se multiplier à l'avenir. Cette évolution soulève une foule de questions : Qu'est-ce qu'une fin de vie digne ? Quel est le bon endroit pour mourir ? L'assistance au suicide est-elle une possibilité ? Et qu'en est-il des directives anticipées ?

Sophie Haesen, Bernice Elger, Tenzin Wangmo et Helene Seaward

Avec la hausse de la population carcérale âgée et très âgée, le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique qui risquent de voir leur état se détériorer durant leur séjour sous les verrous – par exemple à la suite d'une insuffisance rénale – est lui aussi en augmentation. Un phénomène amplifié par le fait que les détenus vieillissent souvent nettement plus vite que les personnes du même âge en liberté et que leur santé physique et psychique décline plus rapidement. À ce jour, la question de la « fin de vie en prison » a essentiellement été étudiée en relation avec le suicide ou les homicides entre détenus. Au vu de l'évolution susmentionnée, on peut supposer qu'à l'avenir, un nombre croissant de détenus âgés mourront derrière les barreaux.

Ne pas finir sa vie sous les verrous

Les juristes, les éthiciens et les organisations de défense des droits de l'homme s'accordent généralement à dire que nul ne devrait mourir en prison, car ce n'est pas un endroit où l'on peut mourir dignement. Pour une raison pratique, d'abord : les établissements de privation de liberté sont conçus pour l'exécution des peines et des mesures dans l'optique d'une resocialisation. La plupart des infractions sont commises par des personnes plutôt jeunes qui, après avoir purgé leur peine, devront être réintégrées dans la collectivité. Les services de santé sont prévus pour les maladies aiguës et les blessures par accident. Il faut en outre relever que même lorsqu'une personne est condamnée à une peine privative de liberté à vie, la libération conditionnelle peut, en vertu du droit en vigueur, être examinée pour la première fois après quinze ans.

Une raison philosophique s'ajoute à ces considérations pratiques : seule une mort en liberté et

en paix est jugée conforme à la dignité humaine. Contrairement à l'opinion qui prévalait par le passé, on estime aujourd'hui que les droits humains s'appliquent également aux détenus et que ceux-ci peuvent prétendre à un traitement qui respecte leur dignité. Étant donné que ces personnes ne sont pas libres et qu'elles ne peuvent pas choisir elles-mêmes le lieu de leur mort, les juristes et les éthiciens considèrent habituellement qu'une mort derrière les barreaux est indigne.

On peut relativiser en arguant que d'autres personnes meurent dans des conditions contraires à la dignité humaine dans d'autres circonstances également, par exemple à cause de la guerre, de douleurs extrêmes ou de la pauvreté. En principe, les patients hospitalisés dans un service de soins intensifs, les résidents des établissements médico-sociaux et, de manière générale, les personnes qui se trouvent dans une « institution totale », c'est-à-dire un endroit coupé du monde extérieur où toutes les activités sont planifiées, prescrites et contrôlées, ne peuvent pas choisir librement le lieu où elles mourront.

Dans la population en liberté, un grand nombre de personnes aimeraient mourir chez elles, mais ce souhait n'est de loin pas toujours exaucé. Pour des raisons sociales et médicales, elles rendent souvent leur dernier souffle à l'hôpital, dans un EMS ou dans un établissement de soins palliatifs. Enfin, 2 % des décès sont des suicides assistés, une pratique que la loi autorise en Suisse sous certaines conditions.

Division cellulaire ou maintien dans l'établissement ?

Et comment se déroule la fin de vie derrière les barreaux ? Il est exceptionnel que les personnes qui voient leurs derniers instants arriver soient graciées. En Suisse,



Sophie Haesen, spécialiste de l'éthique médicale et historienne, a consacré sa thèse à la santé en milieu carcéral. Elle s'intéresse avant tout aux interfaces interculturelles dans le contexte de l'éthique médicale, de l'histoire et de l'actualité.

« Davantage de détenus âgés mourront derrière les barreaux à l'avenir. »

toute personne condamnée peut en principe introduire un recours en grâce, mais dans les faits, la demande est rarement déposée et encore plus rarement acceptée. Lorsque son état de santé se dégrade, la personne concernée est généralement transférée dans un hôpital, les établissements médico-sociaux refusant souvent d'accueillir des détenus. L'Hôpital de l'île, à Berne, dispose d'une division spéciale pour les détenus qui assure principalement des soins aigus que les services de santé des établissements pénitentiaires ne sont pas en mesure de fournir. Le nom même de cette division – la division cellulaire – montre bien que les patients sont sous la surveillance du personnel pénitentiaire et que le dispositif de sécurité – des fenêtres grillagées, par exemple – vise avant tout à limiter au maximum le risque d'évasion.

Compte tenu de la présence de policiers et d'agents de détention, du transfert souvent effectué en urgence et de l'extrême isolement du patient, on peut se demander dans quelle mesure mourir dans un tel environnement est humain. Ne serait-il pas plus judicieux, dans bien des cas, de maintenir le détenu dans l'établissement pénitentiaire qui est

devenu sa résidence permanente et qui représente pour lui un lieu familial avec les codétenus et le personnel ? À l'image de la plupart des Suisses, qui souhaitent mourir chez eux, même s'ils bénéficieraient parfois d'une meilleure prise en charge à l'hôpital, quelques détenus aimeraient s'éteindre dans un environnement qu'ils connaissent. Les aînés fragiles ou malades ont toutefois peur de mourir seuls dans leur coin sans que personne ne s'en aperçoive en raison des horaires stricts de fermeture des cellules.

L'établissement de soins palliatifs, une solution intermédiaire

Les établissements de soins palliatifs représentent une solution intermédiaire pour la population générale. Ces institutions disposent d'un personnel spécialisé dans les situations et les questions qui surviennent en fin de vie, contrairement aux hôpitaux, où les patients sont – contre leur volonté, parfois – maintenus en vie même dans des situations désespérées. Dans ces établissements, on ne s'efforce pas seulement de soulager les souffrances

Portes de cellules extralarges pour permettre le passage des lits d'hôpitaux, agents de détention, niveau de sécurité élevé. Trop de détenus ont déjà réussi à prendre la poudre d'escampette lors d'une hospitalisation. La division cellulaire accueille des patients incarcérés dans tout le pays. Les traitements et les interventions médicales se font sous la surveillance du personnel de sécurité dans les services ordinaires de l'Hôpital de l'île à Berne.

Photo : Peter Schulthess, 2016



physiques, mais on aborde également des thèmes qui peuvent être tabous ailleurs : que se passe-t-il juste avant la mort ? Quels sont les derniers souhaits du patient ? Que peut-on faire contre les douleurs que l'on redoute ? Qu'y a-t-il éventuellement après la mort ? Comment gérer l'inconnu et l'incertitude ?

En fonction de sa situation personnelle, c'est-à-dire de l'infraction commise, du type de peine ou de sa durée, un détenu peut bénéficier d'une libération conditionnelle en fin de vie, être transféré en semi-détention ou dans un établissement de soins palliatifs, pour autant qu'une place soit disponible. Dans la pratique actuelle, la possibilité de passer ses derniers instants dans ce type d'institutions est refusée aux personnes internées, alors que cela pourrait être une voie envisageable entre la privation de liberté et l'hôpital.

Assistance au suicide

L'assistance au suicide, que nous avons évoquée plus haut, est une particularité helvétique. Le patient peut en bénéficier après un entretien avec le médecin, pour autant qu'il soit capable de discernement. On a longtemps débattu pour savoir si cette possibilité devait être accessible aux détenus. Puis, en 2023,

il y a eu un précédent. Un homme de 72 ans placé en internement et souffrant de plusieurs maladies chroniques comme la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'insuffisance cardiaque et rénale, s'est battu pour obtenir le droit au suicide assisté en se faisant accompagner par Exit. Ce cas a été médiatisé pour différentes raisons. Certains ont objecté que c'était une solution trop simple pour échapper à la sanction pénale, argument que d'autres ont réfuté en rétorquant que l'homme avait déjà purgé sa peine et que l'internement visait à prévenir une récidive. D'autres encore ont fait valoir qu'il n'y a pas de vraie possibilité de choix derrière les barreaux. La décision n'est jamais facile, même pour les personnes en liberté qui souffrent de maladies chroniques, et elle n'est pas prise sans raison impérieuse.

Aborder le vieillissement et la fin de vie

La problématique de la fin de vie derrière les barreaux ne se pose pas seulement en Suisse. La part de la population carcérale âgée et fragile est également en hausse dans d'autres pays. Aux États-Unis, la proportion de détenus de plus de 55 ans a augmenté de 280 % entre 1999 et 2016, et selon

« En fonction de sa situation personnelle, un détenu peut bénéficier d'une libération conditionnelle en fin de vie, être transféré en semi-détention ou dans un établissement de soins palliatifs. »

Échos de détenus

« Pas besoin de faire toute une histoire chaque fois qu'un détenu meurt, que ce soit de vieillesse ou de maladie, mais ils pourraient [au moins] faire une annonce, un petit mot disant que le détenu Untel est décédé. »

« Les détenus âgés devraient pouvoir passer leurs derniers jours dans des conditions plus humaines qui correspondent davantage à celles que l'on trouve en dehors des établissements pénitentiaires. »

« Il y a eu un cas difficile ici [...] La façon dont cette personne est décédée m'a un peu affecté personnellement. Je pense que les choses auraient dû être plus transparentes pour sa famille. Il y a ces heures de visites strictes, vous savez ? Eh bien, ils s'en tiennent obstinément à ces horaires... »

« Il y a quelques années, trois ans en fait, je me suis inscrit à Exit, car les experts disent, en s'appuyant sur ces, comment dire, ces valeurs, que ma maladie est chronique, que la psychopathie ne peut pas, d'après eux, être guérie dans mon cas [...] Et maintenant, après 23 ans en taule, je dois simplement dire « désolé ». Bien sûr, j'ai énormément profité de toutes ces années pour moi-même, pour mon développement personnel. Il y a certainement un tas de choses que je n'aurais jamais pu lire si j'étais resté dehors, et je n'aurais certainement jamais passé un examen d'informatique. Mais à présent, je dois dire « désolé, mais ma qualité de vie a tellement diminué, ça suffit maintenant. » »

Échos de professionnels de la santé

« Je pense à un patient qui était en fin de vie, un pédophile récidiviste qui avait été placé en internement. Il avait demandé à passer la fin de sa vie dans un EMS, ce qui n'aurait peut-être pas été une mauvaise solution, mais on a considéré qu'il était trop dangereux. Il n'est pas mort en prison, mais dans un service hospitalier qui accueille des détenus à Genève. Il est mort là-bas, mais il y a eu un moment où il a vraiment fallu le forcer à quitter la prison ; il voulait rester en prison, mais courir le risque qu'il meure dans l'établissement, c'est – c'était – très compliqué à nos yeux. »

« Pour moi, par exemple, la chose la plus importante que j'aie faite le mois passé, c'est de rédiger des directives anticipées et de remplir une carte de donneur d'organes. C'est clair, on peut aussi mourir à 20 ans, mais j'en suis simplement à un autre stade ; à 20 ans, on ne pense pas à ça. »

« Je pense par exemple qu'il ne faut pas dire simplement qu'il n'est pas question de mourir en prison. Quand quelqu'un passe 20, 30 ou 40 ans derrière les barreaux, tous ses contacts avec l'extérieur ont été rompus et les agents de détention sont les personnes dont il est le plus proche [...] Exiger que cette personne passe ses derniers jours dehors, je trouve personnellement que ce n'est pas juste. »

« Je crois que ce qui est important, c'est que les personnes âgées, qu'elles exécutent une peine ou une mesure, aient aussi leur mot à dire sur l'endroit où elles aimeraient être. Je

« Le transfert dans un établissement de soins palliatifs propre au milieu carcéral pourrait s'effectuer en temps opportun, sans le stress qui accompagne généralement une hospitalisation, ce qui assurerait de meilleures conditions pour une fin de vie digne. »

les prévisions, elle représentera plus d'un tiers des personnes incarcérées en 2030. Si la nécessité d'établissements de soins palliatifs pour accueillir les détenus semble s'imposer avec encore plus d'acuité outre-Atlantique, des mesures sont indispensables en Suisse également pour améliorer la situation des détenus âgés. La dotation en personnel des services de santé dans les établissements pénitentiaires est souvent insuffisante dans le domaine des soins aigus. Même si les collaborateurs prennent généralement leur tâche à cœur, ils sont fréquemment surchargés, ce qui est toutefois aussi le cas dans les hôpitaux et les établissements de soins palliatifs. Dans ce contexte, les problèmes spécifiques des aînés ne peuvent souvent pas être traités de façon satisfaisante. Les établissements pénitentiaires sont relativement peu visibles en Suisse, de sorte que la population en liberté n'est guère confrontée à cet aspect de la vie et de la mort. La fin de vie en général et les situations difficiles qui peuvent se présenter en particulier sont passées sous silence.

Il est par conséquent important que les établissements de privation de liberté abordent le vieillissement et la fin de vie avec les détenus. Quand un patient âgé est admis à l'hôpital, on lui demande systématiquement s'il a rédigé des directives anticipées et, dans la négative, on l'encourage à le faire. Le sujet devrait également être discuté proactivement dans les établissements pénitentiaires, en particulier avec les détenus âgés, car lorsqu'un transfert à l'hôpital se révèle nécessaire, les formalités administratives prennent énormément de temps, de sorte qu'il ne

sera peut-être pas possible d'aborder spontanément la question. Cette thématique devrait également être intégrée dans la formation du personnel pénitentiaire. Lorsqu'une dégradation durable de l'état de santé se profile, les solutions envisageables en fin de vie, en particulier les soins palliatifs, devraient être étudiées activement. De premiers pas ont déjà été faits dans cette direction. Dans l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg, par exemple, la section 60plus (voir [page 20](#)) propose en principe un accompagnement en fin de vie ; cette démarche n'a cependant jamais été menée jusqu'au bout à ce jour.

Avantages d'un établissement de soins palliatifs propre au milieu carcéral

Il convient également de réfléchir à la création d'un établissement national de soins palliatifs pour accueillir les détenus. Le transfert ne serait alors opéré qu'à l'intérieur du système carcéral. Il pourrait s'effectuer en temps opportun, sans le stress qui accompagne généralement une hospitalisation, ce qui assurerait de meilleures conditions pour une fin de vie digne. Autre avantage, il ne serait pas nécessaire que chaque institution mette au point sa propre solution, et on pourrait engager un personnel formé aux soins palliatifs.

Dans tous les cas, les préférences du détenu devraient être respectées dans toute la mesure du possible, car une mort hors des murs de la prison n'est pas automatiquement plus digne que derrière les barreaux.

Cellule 344 vue d'en haut (voir aussi photo de couverture et légende p. 3). Les deux photos ont été prises dans l'aile III de l'établissement pénitentiaire de Lenzbourg avant sa rénovation. Les détenus prennent tous les repas dans leur cellule, où ils peuvent aussi cuisiner eux-mêmes. La vaisselle et le gaz – de même que tous les appareils électroniques, objets et vivres personnels – doivent être achetés avec l'argent gagné en travaillant (pécule) ; le réchaud à gaz et le téléviseur peuvent être loués. La cellule du détenu, interné depuis très longtemps, est aménagée sommairement : ordinateur, stéréo, radio, carte postale du lac de Thoune et une planche au-dessus de la porte avec trois casseroles et le réchaud à gaz. Les toilettes se trouvent dans la grande armoire à côté de l'évier. Photo : Peter Schulthess, 2015

Impressum

Editeur : Office fédéral de la justice, Unité Exécution des peines et mesures, Ronald Gramigna (ronald.gramigna@bj.admin.ch)

Rédaction : Folco Galli (folco.galli@bluewin.ch)

Traduction : Evelyn Carrel

Administration et logistique : Marie-Lys Erard (marie-lys.erard@bj.admin.ch)

Mise en page : Peter Schulthess

Impression et distribution : Courvoisier-Gassmann SA, Biel/Bienne

Commandes, questions et changements d'adresse sur papier :

Office fédéral de la justice, Unité Exécution des peines et mesures, CH-3003 Berne ; +41 58 462 41 46, marie-lys.erard@bj.admin.ch

Version Internet : www.prison-info.ch

Copyright / Reproduction : © Office fédéral de la justice (Reproduction autorisée moyennant l'indication de la source et l'envoi d'un justificatif.)

49ème année, 2024 / ISSN 2571-5119



#prison-info

Dernière page

Coup d'œil au-delà des frontières. La prison de Porto (Estabelecimento Prisional do Porto) est, avec 960 détenus pour 675 places, la deuxième plus grande du Portugal. Seule la section des arrêts comporte des cellules individuelles. Les journées sont longues, les cellules surpeuplées, avec un taux d'occupation de 143 %. Il n'y a pas d'obligation de travailler, et donc pratiquement pas d'occupation pour structurer la journée et apporter du changement. Jeunes et vieux sont mélangés, ce qui m'a semblé une « bonne pratique ». Dans cette cellule collective, les quatre détenus se sont laissé photographier en train de jouer aux cartes sans broncher. Un tableau décontracté, presque familial. Photo : Peter Schulthess, 2022. www.prisonphotoproject.pt

